
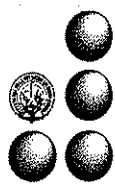


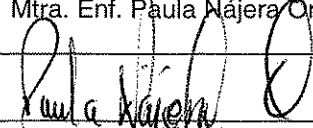
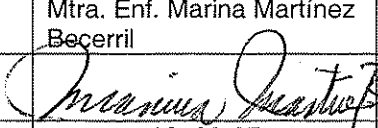
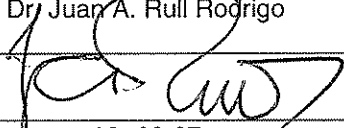
# **INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN**


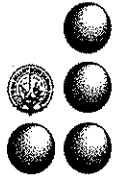
## **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS DE LA SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA**

**FEBRERO 2007**

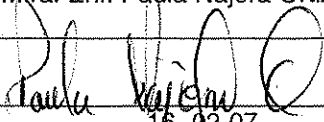

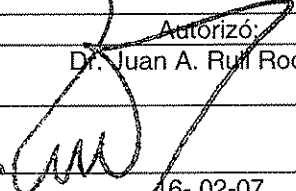
|   |   |   |         |
|---|---|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b> |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>               |   | HOJA:1  |
|   | Índice  |   | DE: 341 |

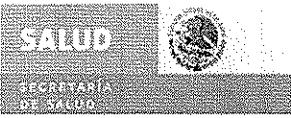
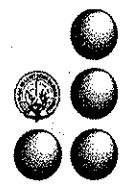
|   |     |
|---|-----|
| PRESENTACIÓN  | 4   |
| I.- OBJETIVO DEL MANUAL   | 5   |
| II.- MARCO JURÍDICO   | 6   |
| III.- PROCEDIMIENTOS  | 9   |
| 1.- REGISTRO DE CENSO DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS, UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, UNIDAD MONITORIZADA Y ESTANCIA CORTA. | 10  |
| 2.- PROCEDIMIENTO PARA EL CENSO DE QUIRÓFANO.   | 21  |
| 3.- PROCEDIMIENTO PARA LA HOJA DE INGRESO Y EGRESO DE RECUPERACIÓN.   | 28  |
| 4.- PROCEDIMIENTO PARA LA HOJA DE INFORME DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE URGENCIAS.                                      | 35  |
| 5.- PROCEDIMIENTO PARA LA HOJA DE INFORME DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA Y UNIDAD MONITORIZADA.        | 44  |
| 6.- PROCEDIMIENTO PARA LA HOJA DE INFORME DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE "CIRUGÍA"                                       | 52  |
| 7.- PROCEDIMIENTO PARA HOJA DE ENFERMERÍA PARA BALANCE HÍDRICO DE HOSPITALIZACIÓN 1º, 2º, 3º Y 4º PISO.                 | 60  |
| 8.- PROCEDIMIENTO PARA REGISTRO DE INFORME DE ENFERMERÍA.   | 69  |
| 9.- PROCEDIMIENTO PARA HOJA DE REGISTRO DE TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA.   | 78  |
| 10.- PROCEDIMIENTO PARA REGISTRO DE TARJETA DE TRATAMIENTO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA.                                    | 85  |
| 11.- PROCEDIMIENTO PARA TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS A PACIENTE.  | 92  |
| 12.- PROCEDIMIENTO PARA REGISTRO DE LOS ACTOS TRANSFUSIONALES.  | 100 |
| 13.- PROCEDIMIENTO PARA REACCIONES TRANSFUSIONALES.   | 108 |
| 14.- PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN.                                | 115 |
| 15.- PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE TEMPERATURAS Y REGISTROS VARIOS.  | 125 |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

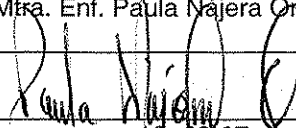
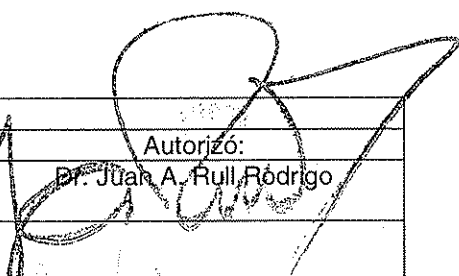
|   |   |   |         |
|---|---|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b> |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>               |   | HOJA:2  |
|   | Índice  |   | DE: 341 |


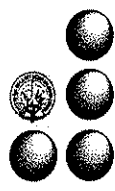
|  |     |
|--|-----|
| 16.- PROCEDIMIENTO PARA EL ORDEN DE AYUNO Y CIRUGÍA PARA LA TOMA DE MUESTRAS Y CIRUGÍA.                                      | 132 |
| 17.- PROCEDIMIENTO PARA ENLACE DE TURNO.   | 139 |
| 18.- PROCEDIMIENTO PARA EL INFORME MENSUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y ÁREAS CRÍTICAS. | 146 |
| 19.- PROCEDIMIENTO PARA MEMBRETE PARA SOLUCIONES PARENTERALES.   | 154 |
| 20.- PROCEDIMIENTO PARA HOJA DE REGISTRO DE PACIENTES CON CATÉTER INTRAVASCULAR CENTRAL Y PERIFÉRICO.                        | 161 |
| 21.- PROCEDIMIENTO PARA LA HOJA DE ALIMENTACIÓN PARENTERAL.  | 168 |
| 22.- PROCEDIMIENTO PARA VALORACIÓN DEL PACIENTE PARA INGRESAR A LA CLÍNICA DE CATÉTERES.                                     | 175 |
| 23.- PROCEDIMIENTO PARA HOJA DE CONTROL DE SOLUCIONES.   | 182 |
| 24.- PROCEDIMIENTO PARA RECETA INTERNA PARA MEDICAMENTOS.  | 189 |
| 25.- PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD DE MEDICAMENTO CONTROLADO.   | 196 |
| 26.- PROCEDIMIENTO PARA CONTROL DE MATERIAL DESECHABLE Y UNIFORME QUIRÚRGICO.  | 203 |
| 27.- PROCEDIMIENTO PARA VALE DE RESGUARDO DE MATERIAL Y/O EQUIPO.  | 210 |
| 28.- PROCEDIMIENTO PARA REGISTRO PARA COBRO DE MATERIAL Y EQUIPO PARA ADMINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA.                       | 217 |
| 29.- PROCEDIMIENTO PARA REGISTRO PARA COBRO DE MATERIAL Y EQUIPO PARA MEDICINA TRANSFUSIONAL                                 | 224 |
| 30.- PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD DE OPERACIONES.  | 231 |
| 31.- PROCEDIMIENTO PARA ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE OPERACIONES.   | 240 |
| 32.- PROCEDIMIENTO PARA HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS.                         | 247 |
| 33.- PROCEDIMIENTO PARA HOJA DE CONTROL DE LA PREPARACIÓN PREOPERATORIA DE ENFERMOS.   | 254 |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Ruiz Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |                |
|---|---|---|----------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b> |  | REV:           |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>               |   | HOJA: <b>3</b> |
|   | <b>Índice</b>                                   |   | DE: <b>341</b> |

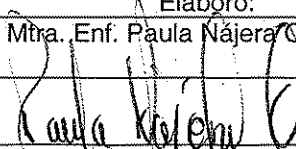
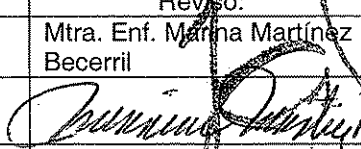
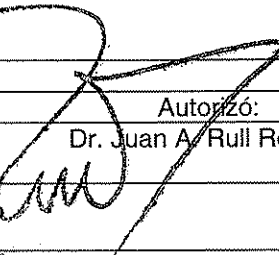
|   |     |
|---|-----|
| 34.- PROCEDIMIENTO PARA HOJA DE SOLICITUD DE MATERIAL Y EQUIPO EN CIRUGÍA.                                    | 261 |
| 35.- PROCEDIMIENTO PARA HOJA DE REGISTRO DE MATERIAL Y EQUIPO QUE SE USA DURANTE LA CIRUGÍA.                  | 268 |
| 36.- PROCEDIMIENTO PARA HOJA DE REGISTRO DE PATOLOGÍA.  | 275 |
| 37.- PROCEDIMIENTO PARA HOJA DEL DEPARTAMENTO DE INFECTOLOGÍA PARA LAS MUESTRAS QUE SE ENTREGAN EN CITOLOGÍA. | 282 |
| 38.- PROCEDIMIENTO PARA HOJA DE CONTROL DE PROCEDIMIENTOS DE AFÉRESIS, APLICACIONES DE RECOLECCIÓN.           | 289 |
| 39.- PROCEDIMIENTO PARA HOJA DE CONTROL DE RECAMBIO PLÁSMATICO TERAPÉUTICO.                                   | 304 |
| 40.- PROCEDIMIENTO PARA PLAQUETAFERESIS.  | 311 |
| 41.- PROCEDIMIENTO PARA FICHA DE REPORTE GRUPAL.  | 318 |
| 42.- PROCEDIMIENTO PARA FICHA DE IDENTIFICACIÓN INDIVIDUAL.   | 325 |
| 43.- PROCEDIMIENTO PARA INFORME SEMESTRAL DE ACTIVIDADES DEL ÁREA DE PSICOLOGÍA.                              | 332 |
| IV .- AUTORIZACIÓN.   | 339 |


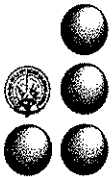
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodríguez  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |         |
|---|---|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b> |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>               |   | HOJA:4  |
|   | <b>Presentación</b>                             |   | DE: 341 |

**PRESENTACIÓN**

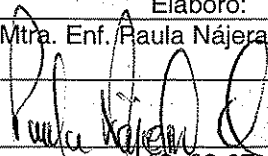
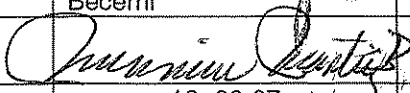
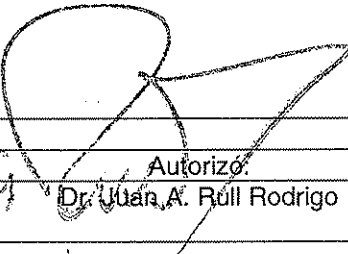
El manual de Procedimientos es un instrumento administrativo que pretende dar a conocer al personal que labora en el Departamento de Enfermería e interesados en el mismo, los procedimientos realizados dentro de las diferentes áreas del Departamento de manera sistemática. Por ello este manual sirve como guía para la realización de actividades en forma rápida y eficaz de manera que el personal las desarrolle eficientemente


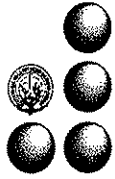
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |         |
|---|---|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b> |  | REV:    |
|   | <b>Departamento de Enfermería</b>               |   | HOJA:5  |
|   | <b>I. Objetivo del Manual</b>                   |   | DE: 341 |

**I. OBJETIVO DEL MANUAL**

Este manual de procedimientos, tiene como objetivo principal uniformar las políticas y procedimientos a fin de obtener el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y materiales, para que el Departamento de enfermería este apegada a la normatividad vigente.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerri   | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |         |
|---|---|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b> |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>               |   | HOJA:6  |
|   | <b>II. Marco Jurídico</b>                       |   | DE: 341 |

**II.-Marco Jurídico**

**Ley Fundamental:**

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.  
D.O.F. 5 – II – 1917. Reforma del artículo 4º.

**Leyes:**

Ley Reglamentaria del Art. 5º Constitucional, Relativo al ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal.  
D.O.F. 26 – V – 1945 y sus Reformas.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.  
D.O.F. 29 – XII – 1976 Y sus Reformas.

Ley de Planeación.  
D.O.F. 05 – I – 1983.

Ley General de Salud.  
D.O.F. 7 – II – 1984 y sus Reformas.

Ley Federal de Procedimiento Administrativo.  
D.O.F. 04 – VIII – 1994 y sus Reformas.

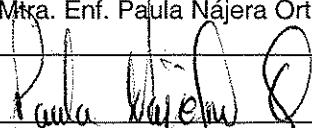
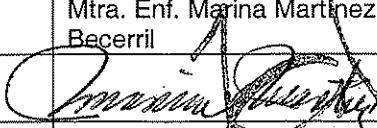
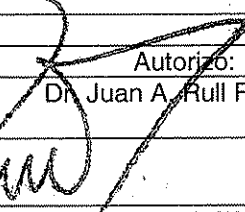
Ley Federal de las Entidades Paraestatales.  
D.O.F. 04 – XI – 1998 y sus Reformas.


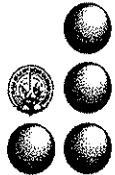
Ley de los Institutos Nacionales de Salud.  
D.O.F. 26 – V – 2000.

Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.  
D.O.F. 13 – III – 2002.

Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.  
D.O.F. 13 – II – 2002.

Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.  
D.O.F. 11 – VI – 2002.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |         |
|---|---|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b> |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>               |   | HOJA:7  |
|   | <b>II. Marco Jurídico</b>                       |   | DE: 341 |

**REGLAMENTOS:**

Reglamento de la Ley Reglamentaria del Artículo 5<sup>a</sup>. Constitucional Relativo al Ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal y Territorios Federales y en Materia Federal.

D.O.F. 01 – X – 1945 y sus Reformas.

Reglamento para la prestación del Servicio Social de los Estudiantes de las Instituciones de Educación Superior de la República.

D.O.F. 30 – III – 1981.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

D.O.F. 14 – V – 1986.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios.

D.O.F. 18 – I – 1988.

Reglamento de Insumos para la Salud.

D.O.F. 04 – II – 1998.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

D.O.F. 05 – VII – 2001.

Reglamento de de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

D.O.F. 11 – VI – 2003.

Reglamento Federal de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente de Trabajo.

D.O.F. 21 – I – 1997 y su Aclaración.

Reglamento de la Ley Federal de Equilibrio Ecológico y la Protección del Ambiente en Materia de Residuos Peligrosos.

D.O.F. 25 – XI – 1988.

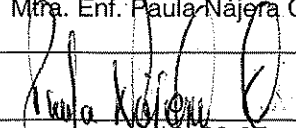
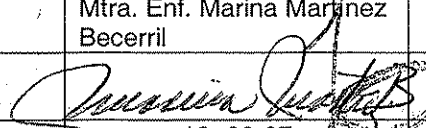
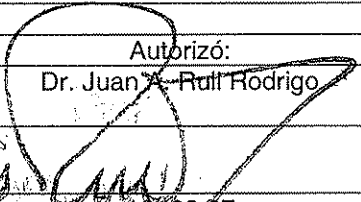
**PLANES Y PROGRAMAS:**

Plan Nacional de Desarrollo 2001 – 2006.

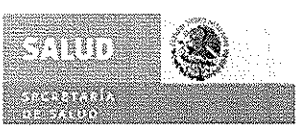
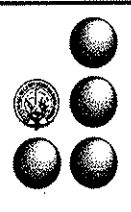
D.O.F. 30 – V – 2001.

Programa Nacional de Salud 2001 – 2006.

D.O.F. 21 – IX – 2001.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



|   |   |   |         |
|---|---|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b> |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>               |   | HOJA: 8 |
|   | <b>II. Marco Jurídico</b>                       |   | DE: 341 |

Programa Nacional de Combate a la Corrupción y Fomento a la Transparencia y el Desarrollo Administrativo 2000-2006.

D.O.F. 22- IV - 2002.

**ACUERDOS:**

Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación Específicas e Indicadores de Gestión y Evaluación de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

D.O.F. 20- III - 2002.

**OTRAS DISPOSICIONES ADMINISTRATIVAS:**

Cuadro Básico y Catálogo de Instrumental y Equipo Médico del Sector Salud, 1997.

D.O.F. 30- V - 1997 y sus Actualizaciones.

**NORMAS OFICIALES MEXICANAS.**

Norma Oficial Mexicana NOM - 005 - STPS - 1993, Relativa a las condiciones de seguridad en los centros de trabajo para el almacenamiento, transporte y manejo de sustancias inflamables y combustibles.

D.O.F. 13- XII - 1993.

Norma Oficial Mexicana NOM - 009 - STPS - 1993, Relativa a las condiciones de seguridad e higiene para el almacenamiento, transporte y manejo de sustancias corrosivas, irritantes y tóxicas en los centros de trabajo.

D.O.F. 13 - VI - 1994.

Norma Oficial Mexicana NOM - 051 - SSA1 - 1993, Que establece las especificaciones sanitarias de las jeringas estériles desechables de plástico.

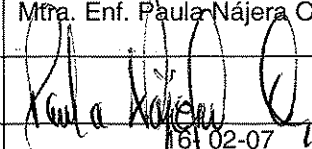
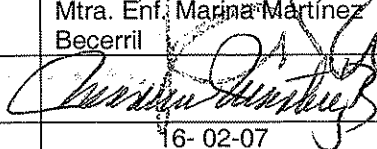
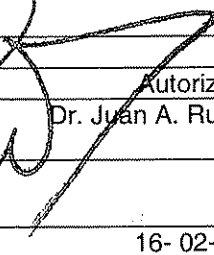
D.O.F. 13 - I - 1995 y su Aclaración.


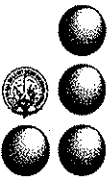
Norma Oficial Mexicana NOM - 087 - ECOL - 1995, Que establece los requisitos para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológicos-infecciosos que se generen en establecimientos que presten atención médica.

D.O.F. 7 - XI - 1995 y su Aclaración.

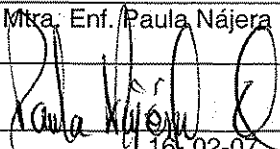
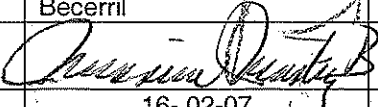
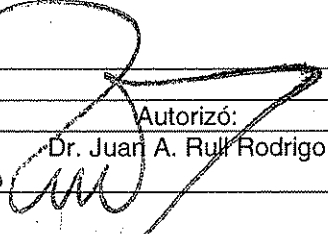
Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán.

Fecha de Expedición: 26 - VIII - 1997.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

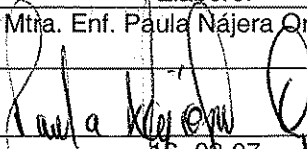
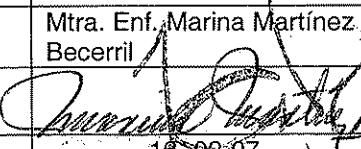
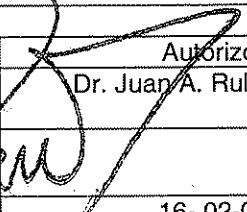
|   |   |   |         |
|---|---|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b> |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                   |   | HOJA:9  |
|   | <b>III. Procedimientos</b>                          |   | DE: 341 |

**III.- PROCEDIMIENTOS**

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |         |
|---|--|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA:10 |
|   | <b>1.- Procedimiento para el Registro de Censo de los<br/>Servicios de Urgencias, Unidad de Terapia Intensiva,<br/>Unidad Monitorizada y Estancia Corta.</b> |   | DE: 341 |

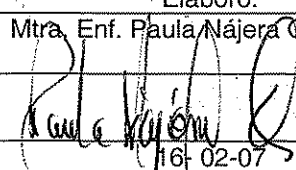
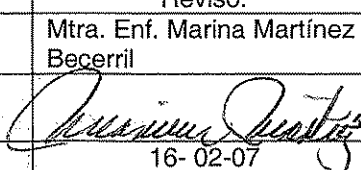
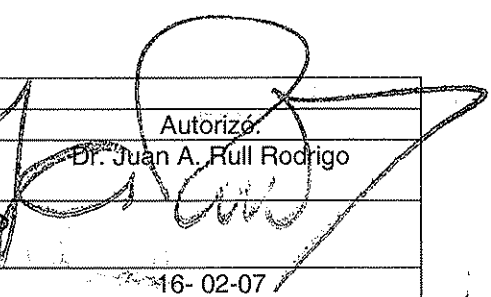
**1.-PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO DE CENSO DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS, UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, UNIDAD MONITORIZADA Y ESTANCIA CORTA**

| CONTROL DE EMISION |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |         |
|---|--|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA:11 |
|   | <b>1.- Procedimiento para el Registro de Censo de los<br/>Servicios de Urgencias, Unidad de Terapia Intensiva,<br/>Unidad Monitorizada y Estancia Corta.</b> |   | DE: 341 |

**OBJETIVO**

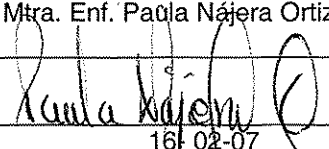
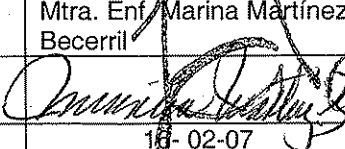
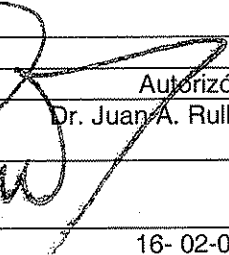
Contar con un instrumento administrativo que cuente con el registro actualizado de ingresos, egresos, estado de salud y traslado de pacientes a los diferentes servicios.

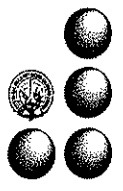
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |         |
|---|--|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA:12 |
|   | <b>1.- Procedimiento para el Registro de Censo de los Servicios de Urgencias, Unidad de Terapia Intensiva, Unidad Monitorizada y Estancia Corta.</b> |   | DE: 341 |

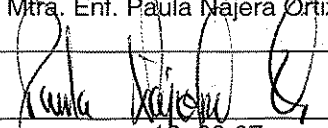
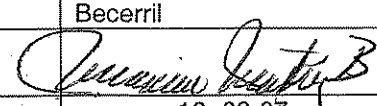
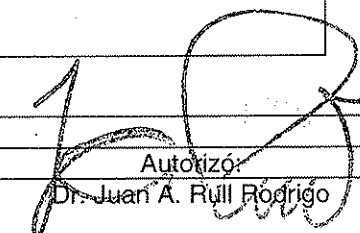
**POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN**

- 1.- Sólo se registran en el censo los pacientes hospitalizados.
- 2.- El censo se elabora cada 24hrs., anotando nombre, registro y estado de salud de los pacientes hospitalizados.
- 3.- Deberá entregarse antes de las 10:00 a.m. 1 original al servicio correspondiente y 1 copia de cada uno de los servicios afines como son Admisión de Enfermos, Cuentas por Cobrar, Trabajo Social, Cirugía, Informes, Vigilancia y 2 copias al Archivo Clínico.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |         |
|---|--|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA:13 |
|   | <b>1.- Procedimiento para el Registro de Censo de los Servicios de Urgencias, Unidad de Terapia Intensiva, Unidad Monitorizada y Estancia Corta.</b> |   | DE: 341 |

| UNIDAD O PERSONAS QUE INTERVIENEN | NÚMERO DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD   |
|-----------------------------------|---------------------|---|
| Jefe de Servicio                  | 1                   | Revisa diariamente los nombres, registros y estado de salud de los pacientes hospitalizados.  |
|                                   | 2                   | Entrega la información en borrador a la Agente de Información.  |
| Auxiliar Administrativo           | 3                   | Elabora el censo a máquina con sus diferentes copias  |
|                                   | 4                   | Distribuye una original a: <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Urgencias.</li> <li>2. Unidad de Terapia Intensiva</li> <li>3. Unidad Monitorizada.</li> <li>4. Estancia Corta.</li> </ul>   |
|                                   | 5                   | Distribuye una copia a cada servicio: <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Admisión de Enfermos.</li> <li>2. Cuentas por cobrar</li> <li>3. Trabajo Social.</li> <li>4. Cirugía.</li> <li>5. Archivo Clínico (dos copias).</li> <li>6. Informes.</li> <li>7. Vigilancia.</li> </ul> <p><b>FIN DEL PROCEDIMIENTO.</b></p> |

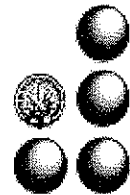
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Full Rodríguez  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

## Subdirección de Enfermería

### 1.- Procedimiento para el Registro de Censo de los Servicios de Urgencias, Unidad de Terapia Intensiva, Unidad Monitorizada y Estancia Corta.



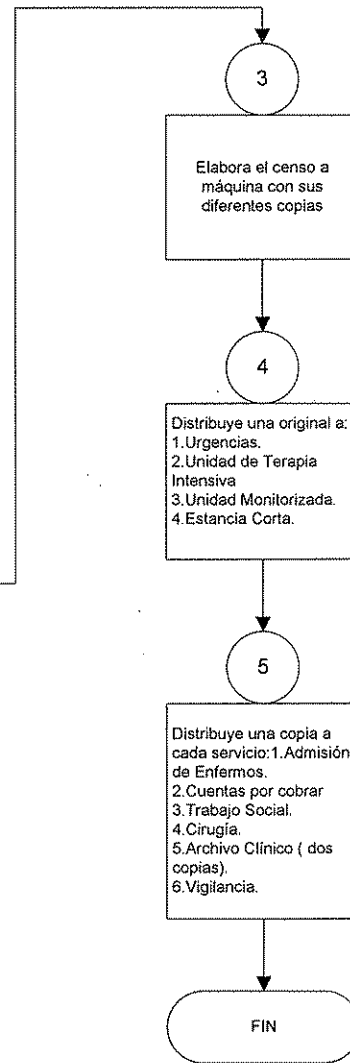
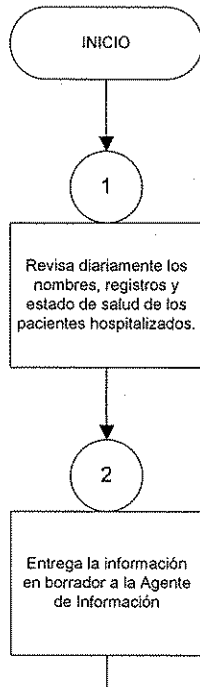
REV:

HOJA: 14

DE: 344

Jefe de Servicio

Auxiliar Administrativo



#### CONTROL DE EMISION

|         |                               |                                   |                          |
|---------|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
|         | Elaboró:                      | Revisó:                           | Autorizó:                |
| Nombre: | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz | Mtra. Enf. María Martínez Becerra | Dr. Juan A. Rull Rodrigo |
| Firma:  |                               |                                   |                          |
| Fecha:  | 16-02-07                      | 16-02-07                          | 16-02-07.                |

|   |  |   |         |
|---|--|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA:15 |
|   | <b>1.- Procedimiento para el Registro de Censo de los Servicios de Urgencias, Unidad de Terapia Intensiva, Unidad Monitorizada y Estancia Corta.</b> |   | DE: 341 |

**FORMATOS E INSTRUCTIVOS.**

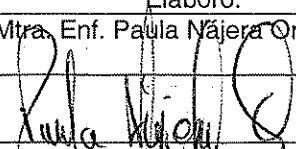
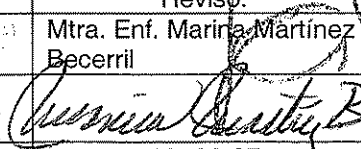
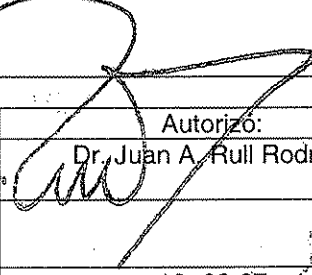
**FORMATO: PARA EL CENSO DEL SERVICIO DE URGENCIAS**

| No. | CONCEPTO         | SE ANOTARÁ   |
|-----|------------------|--|
| 1   | Fecha            | Día, Mes y Año.  |
| 2   | Servicio         | Donde se tomaron los datos.  |
| 3   | Número de Cama   | No. de cama asignada al paciente en hospitalización.   |
| 4   | Nombre           | Nombre completo del paciente.  |
| 5   | Edad             | Edad en años cumplidos   |
| 6   | Registro         | Número de expediente del paciente.   |
| 7   | Diagnóstico      | Padecimiento por el cual ingreso.  |
| 8   | Fecha de ingreso | Día, Mes y Año que ingreso el paciente.  |
| 9   | Procedencia      | Lugar de donde viene el paciente, de su domicilio, de otra institución de salud, o de otro servicio. |
| 10  | Destino          | A qué servicio se traslado, o bien otro motivo de su egreso o alta.                                  |
| 11  | RCP              | Se anotan los pacientes que ingresan a esta área de igual forma.                                     |

**ÁREA DE OBSERVACIÓN Y ANEXO**

|    |                      |  |
|----|----------------------|--|
| 12 | Camilla y/o Reposet. | No. de camilla y/o Reposet.  |
| 13 | Nombre               | Nombre completo del paciente.  |
| 14 | Edad                 | Edad en años cumplidos   |
| 15 | Registro             | Número de expediente del paciente.                                     |
| 16 | Fecha de ingreso     | Día, Mes y Año que ingreso el paciente.                                |
| 17 | Causa de Atención    | Padecimiento por el cual fue atendido en RCP                           |
| 18 | Destino              | Servicio al cual se traslada el paciente, o bien otra causa de egreso. |

NOTA: RCP se llenara con los mismos datos que el de hospitalización.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |





### OBSERVACION


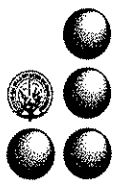
| CONSUL<br>T. | 13 | NOMBRE DEL PACIENTE | EDAD | REGISTRO | FECHA | DIAGNOSTICO | DESTINO |
|--------------|----|---------------------|------|----------|-------|-------------|---------|
| 1            |    |                     | 14   | 15       |       |             |         |
| 2            |    |                     |      |          |       |             |         |
| 3            |    |                     |      |          |       |             |         |
| 4            |    |                     |      |          |       |             |         |
| 5            |    |                     |      |          |       |             |         |
| 6            |    |                     |      |          |       |             |         |
| 7            |    |                     |      |          |       |             |         |
| 8            |    |                     |      |          |       |             |         |
| 9            |    |                     |      |          |       |             |         |
| 10           |    |                     |      |          |       |             |         |
|              |    |                     |      |          |       |             |         |
|              |    |                     |      |          |       |             |         |
|              |    |                     |      |          |       |             |         |

### EXPLORACION

|     |  |  |  |  |  |  |
|-----|--|--|--|--|--|--|
| E-1 |  |  |  |  |  |  |
| E-2 |  |  |  |  |  |  |
| E-3 |  |  |  |  |  |  |
| E-4 |  |  |  |  |  |  |
| E-5 |  |  |  |  |  |  |
| E-6 |  |  |  |  |  |  |
| E-7 |  |  |  |  |  |  |
| E-8 |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |  |  |  |  |
|     |  |  |  |  |  |  |

### ANEXO

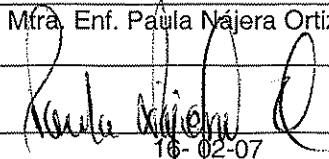
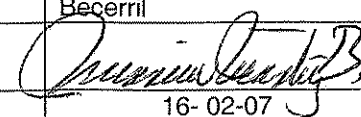
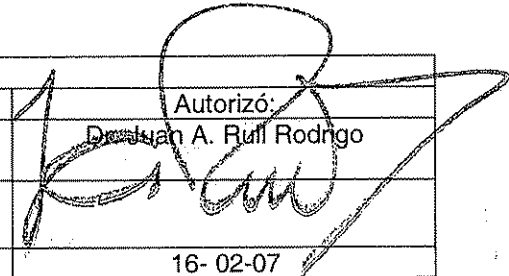
| 12 | REPOS<br>ET | Nombre Del Paciente | Edad | Registro | Fecha<br>Ingreso | Causa De Atención | Destino |
|----|-------------|---------------------|------|----------|------------------|-------------------|---------|
|    | 1           |                     |      |          | 16               | 17                | 18      |
|    | 2           |                     |      |          |                  |                   |         |
|    | 3           |                     |      |          |                  |                   |         |
|    | 4           |                     |      |          |                  |                   |         |
|    | 5           |                     |      |          |                  |                   |         |
|    | 6           |                     |      |          |                  |                   |         |
|    | 7           |                     |      |          |                  |                   |         |
|    | 8           |                     |      |          |                  |                   |         |
|    | 9           |                     |      |          |                  |                   |         |
|    | 10          |                     |      |          |                  |                   |         |

|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA: 17 |
|   | <b>1.- Procedimiento para el Registro de Censo de los Servicios de Urgencias, Unidad de Terapia Intensiva, Unidad Monitorizada y Estancia Corta.</b> |   | DE: 341  |

**FORMATO E INSTRUCTIVO:**

**FORMATO: PARA EL CENSO DE LOS SERVICIOS DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA Y UNIDAD MONITORIZADA**

| No. | CONCEPTO              | SE ANOTARÁ   |
|-----|-----------------------|--|
| 1   | Fecha                 | Día, Mes y Año.  |
| 2   | Servicio              | Donde se tomaron los datos.  |
| 3   | Número de Cama        | No. de cama asignada al paciente.  |
| 4   | Nombre                | Nombre completo del paciente.  |
| 5   | Registro              | Número de expediente del paciente.   |
| 6   | Clasificación         | Número de clasificación socioeconómica asignada al paciente.                 |
| 7   | Fecha de ingreso      | Día, Mes y Año que ingreso el paciente.                                      |
| 8   | Estado de salud       | Condiciones generales del enfermo.   |
| 9   | Observaciones         | Traslado, cama y servicio de donde procede el paciente, altas o defunciones. |
| 10  | Firma de la Enfermera | Nombre completo de la persona que elaboró el censo.                          |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Ruiz Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



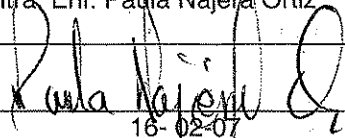
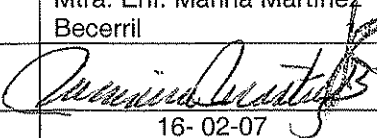
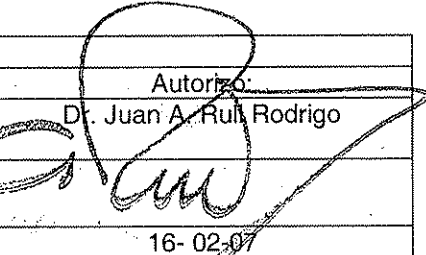
|   |  |   |         |
|---|--|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA:19 |
|   | <b>1.- Procedimiento para el Registro de Censo de los Servicios de Urgencias, Unidad de Terapia Intensiva, Unidad Monitorizada y Estancia Corta.</b> |   | DE: 341 |

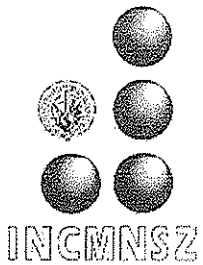
**FORMATO E INSTRUCTIVO:**

**FORMATO: PARA EL CENSO DEL SERVICIO DE ESTANCIA CORTA.**

| No. | CONCEPTO                     | SE ANOTARÁ  |
|-----|------------------------------|---|
| 1   | Fecha                        | Día, Mes y Año.   |
| 2   | Servicio                     | Donde se tomaron los datos.   |
| 3   | Número de Cama               | No. de cama asignada al paciente.   |
| 4   | Nombre                       | Nombre completo del paciente.   |
| 5   | Registro                     | Número de expediente del paciente.  |
| 6   | Fecha de ingreso             | Día, Mes y Año que ingreso el paciente.   |
| 7   | Procedencia                  | Lugar de donde viene el paciente, de su domicilio, de otra institución de salud, o de otro servicio.. |
| 8   | Observaciones                | Traslado, cama y servicio de donde procede el paciente, altas o defunciones.                          |
| 9   | Firma de la Jefe de Servicio | Nombre completo de la persona que elaboró el censo.   |

NOTA: El área de Yodo Radioterapia, depende del servicio de Estancia Corta y el llenado del Censo es igual.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Ruiz Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



Servicio de Estancia Corta

Área de Internamiento

|          |
|----------|
| REV:     |
| HOJA: 20 |
| DE: 341  |

FECHA \_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_

3 SERVICIO \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_

| Cama | Nombre | Registro | Fecha de Ingreso | Procedimiento | Observaciones |
|------|--------|----------|------------------|---------------|---------------|
| 41   |        |          |                  |               |               |
| 42   |        |          |                  |               |               |
| 43   |        |          |                  |               |               |
| 44   |        |          |                  |               |               |
| 45   |        |          |                  |               |               |
| 46   |        |          |                  |               |               |
| 47   |        |          |                  |               |               |
| 48   |        |          |                  |               |               |
| 50   |        |          |                  |               |               |
| 51   |        |          |                  |               |               |
| 52   |        |          |                  |               |               |
| 53   |        |          |                  |               |               |
| 54   |        |          |                  |               |               |
| 55   |        |          |                  |               |               |
| 56   |        |          |                  |               |               |

Nota: Cancelada cama 49


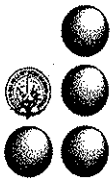
Área de Yodoterapia

| Cama | Nombre | Registro | Fecha de Ingreso | Procedimiento | Observaciones |
|------|--------|----------|------------------|---------------|---------------|
| 57   |        |          |                  |               |               |
| 58   |        |          |                  |               |               |
| 59   |        |          |                  |               |               |

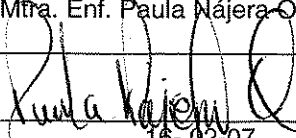
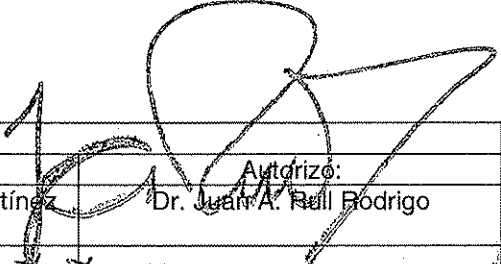
NOMBRE DE LA JEFE DE SERVICIO


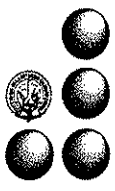
9

\_\_\_\_\_

|   |   |   |         |
|---|---|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>     |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                   |   | HOJA:21 |
|   | <b>2. Procedimiento para el Censo de Quirófano.</b> |   | DE: 341 |

**2.- PROCEDIMIENTO PARA EL CENSO DE QUIRÓFANO**

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera-Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |


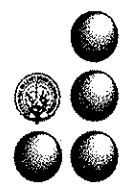
|   |   |  |   |         |
|---|---|--|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>     |  |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                   |  |   | HOJA:22 |
|   | <b>2. Procedimiento para el Censo de Quirófano.</b> |  |   | DE: 341 |

**OBJETIVO**

Contar con un instrumento administrativo, donde se registren los procedimientos que se realizan en el área quirúrgica durante las 24.00 horas.

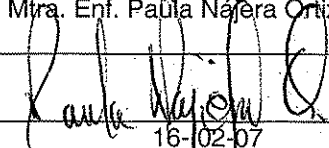
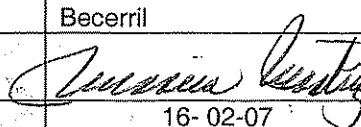

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



|   |   |   |         |
|---|---|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>     |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                   |   | HOJA:23 |
|   | <b>2. Procedimiento para el Censo de Quirófano.</b> |   | DE: 341 |

**POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN**

- 1.- El censo se elabora cada 24hrs., anotando nombre, registro y estado de salud de los pacientes operados.
- 2.- Deberá entregarse mensualmente el número de cirugías efectuadas a Epidemiología Hospitalaria.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodríguez  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



SALUD

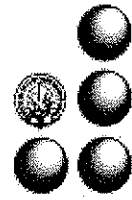


SECRETARÍA DE SALUD

# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

Subdirección de Enfermería

2.- Procedimiento para el Censo de Quirófano

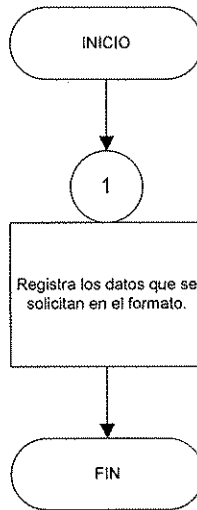


REV:

HOJA: 25

DE: 341

Jefe de Servicio Coordinadora de Sala



CONTROL DE EMISION

Elaboró:

Revisó:

Autorizó:

Nombre:

Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz

Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril

Dr. Juan A. Rull Rodrigo


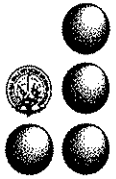
Firma:

Fecha:

16-02-07

16-02-07

16-02-07

|   |   |   |         |
|---|---|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>     |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                   |   | HOJA:26 |
|   | <b>2. Procedimiento para el Censo de Quirófano.</b> |   | DE: 341 |

**FORMATO E INSTRUCTIVO:  
FORMATO: PARA EL CENSO DE QUIRÓFANO**

| No. | CONCEPTO       | SE ANOTARÁ  |
|-----|----------------|---|
| 1   | Fecha          | Día, Mes y Año.                                   |
| 2   | Sala           | Donde se realiza el procedimiento quirúrgico.     |
| 3   | Ingreso/Egreso | Se anota la hora de ingreso y egreso a la sala    |
| 4   | Turno          | Se anota el turno matutino, vespertino o nocturno |
| 5   | Cama           | No. de cama de donde procede el paciente.         |
| 6   | Nombre         | Nombre completo del paciente.                     |
| 7   | Edad           | En años cumplidos.                                |
| 8   | Sexo           | Femenino o Masculino.                             |
| 9   | Registro       | Número de expediente del paciente.                |
| 10  | Cirugía        | Nombre del procedimiento quirúrgico realizado.    |
| 11  | Cirujano       | Nombre completo del cirujano de base.             |
| 12  | Recuperación   | Tiempo que permanece en recuperación el paciente. |

| CONTROL DE EMISION |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16- 02-07   | 16- 02-07  | 16- 02-07   |



|  |   |  |         |
|--|---|--|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>                           |  | REV:    |
|  | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |  | HOJA:28 |
|  | <b>3.- Procedimiento para la Hoja de Ingreso y Egreso de<br/>Recuperación</b> |  | DE: 341 |

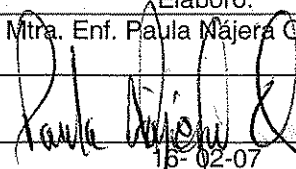
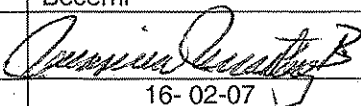
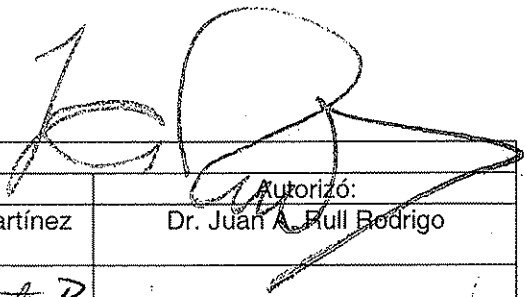
**3.- PROCEDIMIENTO PARA LA HOJA DE INGRESO Y EGRESO DE RECUPERACIÓN**

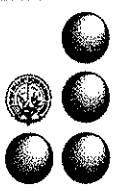
| CONTROL DE EMISIÓN |                               |                                     |                          |
|--------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|                    | Elaboró:                      | Revisó:                             | Autorizó:                |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril | Dr. Juan A. Rull Rodrigo |
| Firma:             |                               |                                     |                          |
| Fecha:             | 16-02-07                      | 16-02-07                            | 16-02-07                 |

|   |   |   |         |
|---|---|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>                           |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:29 |
|   | <b>3.- Procedimiento para la Hoja de Ingreso y Egreso de<br/>Recuperación</b> |   | DE: 341 |

**OBJETIVO**

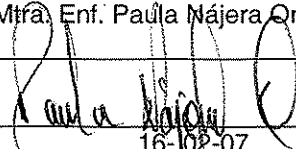
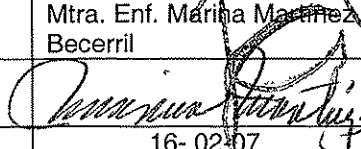
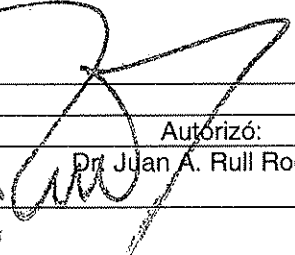
Contar con un instrumento que permita la medición de la productividad y calidad de atención, de los cuidados de enfermería a los pacientes posquirúrgicos, en el servicio de recuperación.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |  |
|--------------------|---|--|--|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:  |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Májera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Full Rodrigo   |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07   |


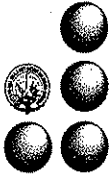
|   |   |   |         |
|---|---|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>                           |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:30 |
|   | <b>3.- Procedimiento para la Hoja de Ingreso y Egreso de<br/>Recuperación</b> |   | DE: 341 |

**POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN**

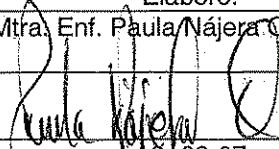
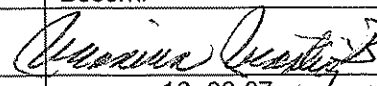
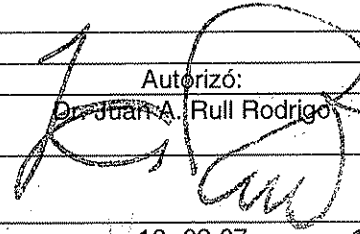
- 1.- Llevar un control de Ingresos y Egresos de los pacientes posquirúrgicos que se reciben en el servicio de recuperación.
- 2.- Elaboración de informe mensual de Ingresos y Egresos.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



|   |   |   |         |
|---|---|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                           |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:31 |
|   | <b>3.- Procedimiento para la Hoja de Ingreso y Egreso de Recuperación</b> |   | DE: 341 |

| UNIDAD O PERSONAS QUE INTERVIENEN | NÚMERO DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD   |
|-----------------------------------|---------------------|---|
| Enfermera                         | 1                   | Registra los datos solicitados en el formato de Ingresos y Egresos de los pacientes del servicio de Recuperación. |
| Jefe de Servicio                  | 2                   | Revisa los formatos confirmando los ingresos y egresos, para elaboración del informe.                             |
| <b>FIN DEL PROCEDIMIENTO.</b>     |                     |   |

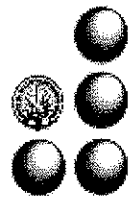
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

## Subdirección de Enfermería

### 3.- Procedimiento para la Hoja de Ingreso y Egreso de Recuperación



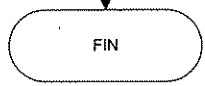
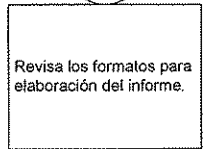
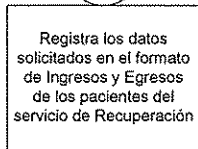
REV: 1

HOJA: 32

DE: 341


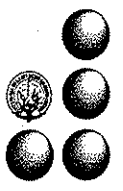
Enfermera

Jefe de Servicio



#### CONTROL DE EMISION

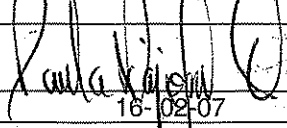
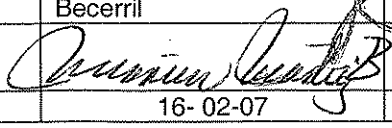
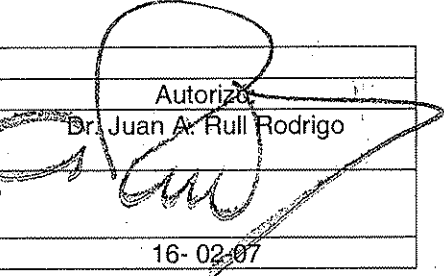
|         | Elaboró:                      | Revisó:                             | Autorizó:                |
|---------|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Nombre: | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz | Mtra. Enf. Marina Martínez Bécerril | Dr. Juan A. Rull Rodrigo |
| Firma:  |                               |                                     |                          |
| Fecha:  | 16-02-07                      | 16-02-07                            | 16-02-07                 |

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                           |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA: 33 |
|   | <b>3.- Procedimiento para la Hoja de Ingreso y Egreso de Recuperación</b> |   | DE: 341  |

**FORMATO E INSTRUCTIVO.**

**FORMATO: PARA INGRESO Y EGRESO DEL SERVICIO DE RECUPERACIÓN.**

| No. | CONCEPTO                       | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD   |
|-----|--------------------------------|---|
| 1   | Nombre                         | Nombre completo del paciente.   |
| 2   | Fecha                          | Día, Mes y Año.   |
| 3   | Registro                       | Número de expediente del paciente.  |
| 4   | Edad                           | En años cumplidos.  |
| 5   | Sexo                           | Femenino o Masculino.   |
| 6   | Cama                           | No. de cama asignada en el servicio de procedencia.                               |
| 7   | Ingreso                        | Se anota la hora de ingreso a recuperación.                                       |
| 8   | Egreso                         | Se anota la hora de egreso de recuperación.                                       |
| 9   | Estancia                       | Horas que permanece en recuperación.  |
| 10  | Post operada                   | Cirugía efectuada.  |
| 11  | Diagnóstico Clínico            | Padecimiento de Base  |
| 12  | Cirujano                       | Nombre del cirujano de base.  |
| 13  | Anestesiólogo                  | Nombre del anestesiólogo de base.   |
| 14  | Anestesia                      | Tipo de anestesia.  |
| 15  | C.C. (catéter central)         | Donde se instalo.   |
| 16  | V.P. (vía periférica)          | Donde se instalo.   |
| 17  | C. Arterial (catéter arterial) | Donde se instalo.   |
| 18  | Drenajes                       | Tipo de drenajes y lugar donde están colocados.                                   |
| 19  | Soluciones                     | Soluciones que se pasaron.  |
| 20  | Transfusiones                  | Nombre del hemoderivado que se esta transfundiendo.                               |
| 21  | Medicamentos Especificos       | Medicamentos administrados.   |
| 22  | Observaciones                  | Anotar lo más relevante del procedimiento quirúrgico y la evolución del paciente. |
| 23  | Alta del Médico                | Nombre del anestesiólogo que da de alta al paciente.                              |
| 24  | Enfermera Circulante.          | Nombre completo de la enfermera circuiante.                                       |
| 25  | Enfermera Recuperación         | Nombre de la enfermera que recibe al paciente.                                    |

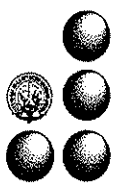
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



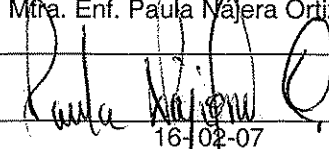
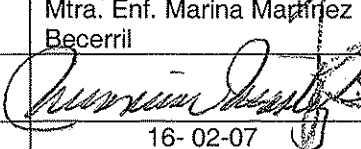
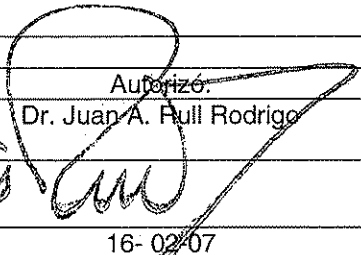
|                  |
|------------------|
| REV:             |
| HOJA : <b>34</b> |
| DE: <b>341</b>   |


INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICION  
SALVADOR ZUBIRAN  
DIRECCIÓN DE CIRUGÍA  
SERVICIO DE RECUPERACIÓN

NOMBRE \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ REG \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_  
EDAD \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ CAMA \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ ING. \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_ EG. \_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_ HR. EST. \_\_\_\_\_ 9 \_\_\_\_\_  
POST OPERADA \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ DIAG. CLINICO \_\_\_\_\_ 11 \_\_\_\_\_ RECU \_\_\_\_\_ 12 \_\_\_\_\_  
CIRUJANO \_\_\_\_\_ 12 \_\_\_\_\_ ANESTESIÓLOGO \_\_\_\_\_ 13 \_\_\_\_\_ ANESTESIA \_\_\_\_\_ 14 \_\_\_\_\_  
CC \_\_\_\_\_ 15 \_\_\_\_\_ VP \_\_\_\_\_ 16 \_\_\_\_\_ ART \_\_\_\_\_ 17 \_\_\_\_\_ DRENAJES \_\_\_\_\_ 18 \_\_\_\_\_  
SOLUCIONES \_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_\_ TRANSFUSIONES \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_  
MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS \_\_\_\_\_ 21 \_\_\_\_\_  
OBSERVACIONES \_\_\_\_\_ 22 \_\_\_\_\_  
ALTA DE MEDICO \_\_\_\_\_ 23 \_\_\_\_\_ ENF. CIR \_\_\_\_\_ 24 \_\_\_\_\_ ENF. RECU. \_\_\_\_\_ 25 \_\_\_\_\_

|   |   |   |         |
|---|---|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:35 |
|   | <b>4. Procedimiento para la Hoja de Informe de Enfermería de la Unidad de Urgencias</b> |   | DE: 341 |

**4.- PROCEDIMIENTO PARA LA HOJA DE INFORME DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE URGENCIAS**


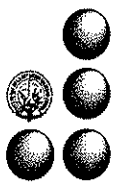
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Full Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA: 36 |
|   | <b>4. Procedimiento para la Hoja de Informe de Enfermería<br/>de la Unidad de Urgencias</b> |   | DE: 341  |

**OBJETIVO**

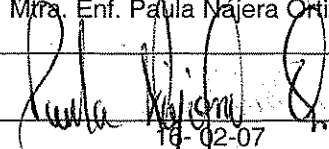
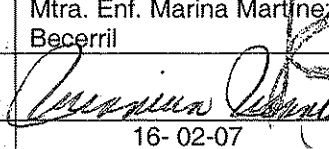
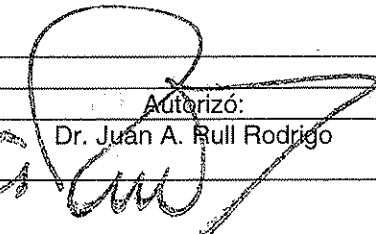
Contar con un instrumento administrativo que pueda emplearse como recurso en la productividad y calidad de los cuidados de enfermería a los pacientes que se encuentran en el servicio de urgencias.


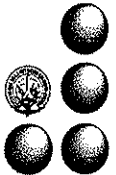
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |         |
|---|---|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:37 |
|   | <b>4. Procedimiento para la Hoja de Informe de Enfermería de la Unidad de Urgencias</b> |   | DE: 341 |

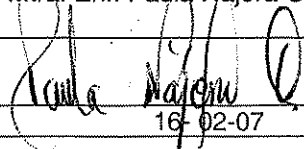
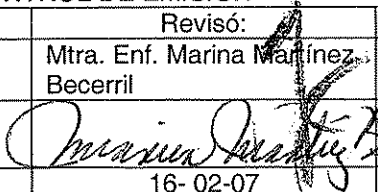
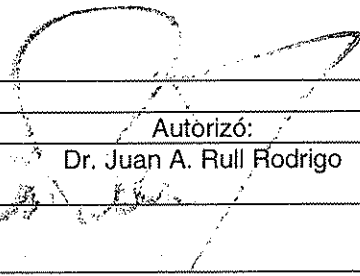
**POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN**

- 1.- Iniciaré la hoja de Informe de enfermería a todo paciente que ingrese al servicio.
- 2.- Registrar en forma continua la información de la evolución, tratamiento médico y cuidados de enfermería que genera el paciente de acuerdo a su recuperación y/o gravedad.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |                 |
|---|---|---|-----------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:            |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA: <b>38</b> |
|   | <b>4. Procedimiento para la Hoja de Informe de Enfermería de la Unidad de Urgencias</b> |   | DE: <b>340</b>  |

| UNIDAD O PERSONAS QUE INTERVIENEN                                     | NÚMERO DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD  |
|---|---------------------|--|
| Médico de Urgencias   | 1                   | Inicia el llenado de la hoja en los espacios que corresponden a los números 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27 y 30.  |
| Enfermera de Urgencias  | 2                   | En el espacio No. 26 del formato complementa la información del horario de los medicamentos, soluciones parenterales y vía oral.   |
|   | 3                   | Anota por horario los signos vitales del paciente, diuresis glucocenturias, evacuaciones, guayacos, perímetro abdominal, dextroxtis de acuerdo a lo iniciado y parámetros hemodinámicas si tienen el catéter de Swan Ganz. |
|   | 4                   | Si el paciente presenta complicaciones (convulsión o encefalopatía) se anotará la hora en que sucedió el evento.   |
|   | 5                   | Especifica la fecha de instalación de los procedimientos invasivos y en las notas de enfermería las observaciones de cómo recibió al paciente, cómo transcurrió el turno y como deja a su paciente.                        |
|   | 6                   | Además de los ingresos y egresos para el balance total de las 24 horas.  |
| Medico Interno (resultados de laboratorio)                            | 7                   | En el espacio No. 32 del formato complementa la información de los resultados de laboratorio.  |
| Medico especialista (Alimentación parenteral y/o enteral nutricional) | 8                   | En el espacio No. 28 del formato complementa la información si se modifica o no su alimentación parenteral y /o enteral nutricional.<br><b>FIN DEL PROCEDIMIENTO.</b>  |

| CONTROL DE EMISION |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

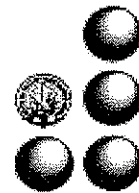




# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

Subdirección de Enfermería

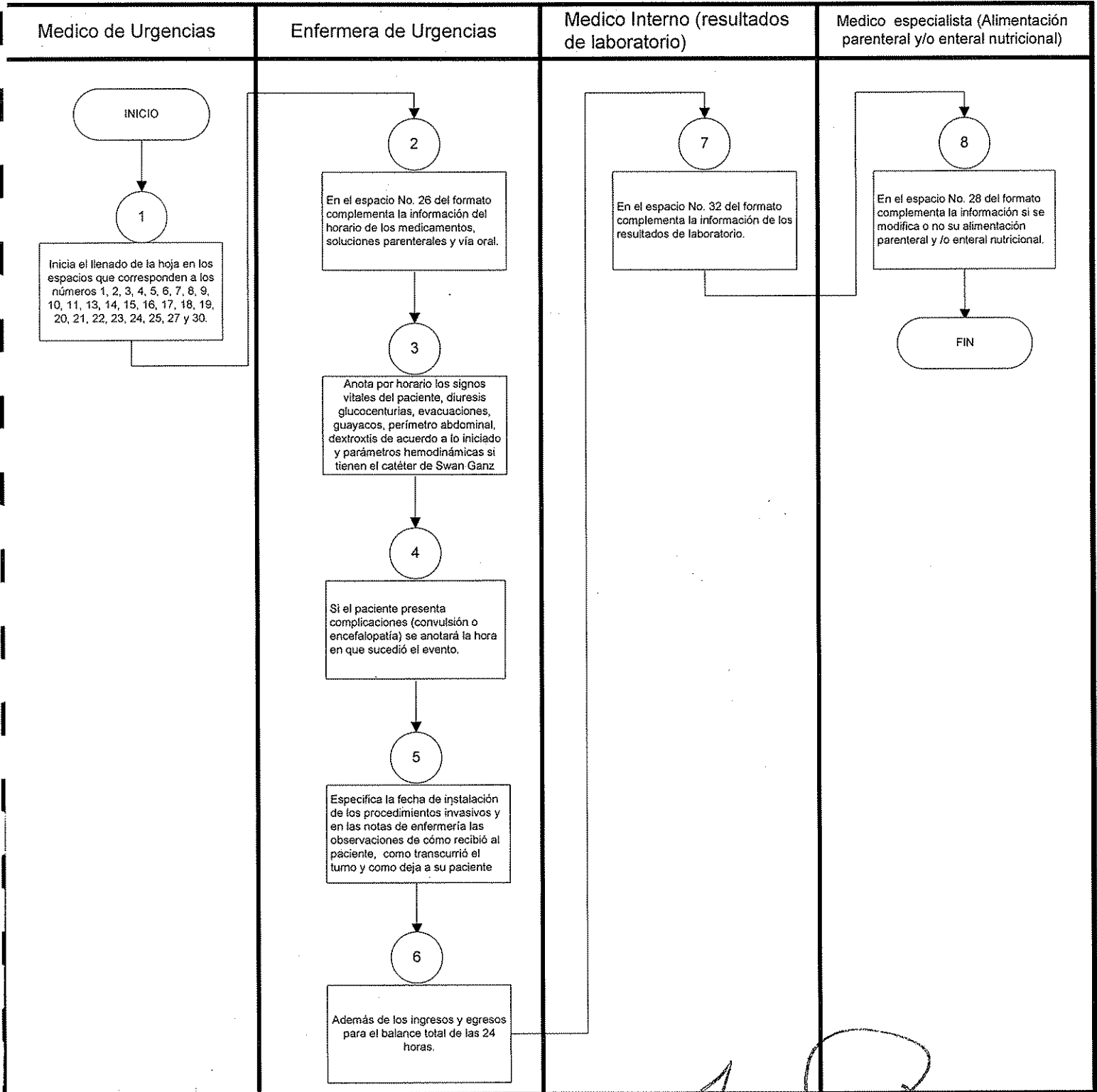
## 4.- Procedimiento para la Hoja de Informe de Enfermería de la Unidad de URGENCIAS




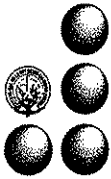
REV:

HOJA: 39

DE: 341



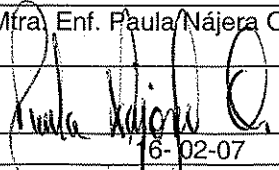
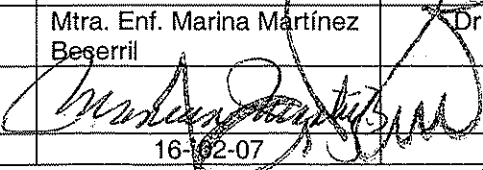
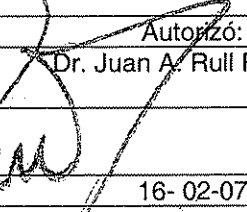
| CONTROL DE EMISIÓN                   |   |                                    |
|--------------------------------------|---|------------------------------------|
| Elaboró:                             | Revisó:                                     | Autorizó:                          |
| Nombre: Mtra Enf. Paula Nájera Ortiz | Nombre: Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril | Nombre: Dr. Juan A. Rull Rodrigo   |
| Firma: <i>Paula Nájera Ortiz</i>     | Firma: <i>Marina Martínez Becerril</i>      | Firma: <i>Juan A. Rull Rodrigo</i> |
| Fecha: 16-02-07                      | Fecha: 16-02-07                             | Fecha: 16-02-07                    |


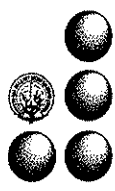
|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA: 40 |
|   | <b>4. Procedimiento para la Hoja de Informe de Enfermería de la Unidad de Urgencias</b> |   | DE: 341  |

**FORMATO E INSTRUCTIVO:**

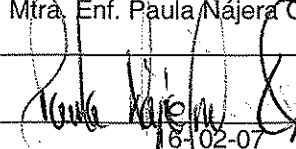
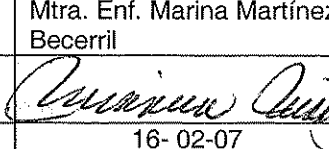
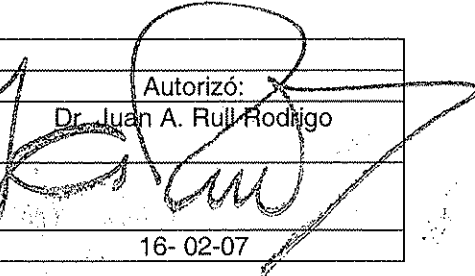
**FORMATO: DE HOJA DE INFORME DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE URGENCIAS**

| No. | CONCEPTO              | SE ANOTARA  |
|-----|-----------------------|---|
| 1   | Cama                  | No. de cama.  |
| 2   | Fecha                 | Día, Mes y Año.   |
| 3   | Nombre                | Nombre completo del paciente.   |
| 4   | Edad                  | En años cumplidos.  |
| 5   | Sexo                  | Femenino o Masculino.   |
| 6   | Registro              | Número de expediente del paciente.  |
| 7   | Peso                  | En kilogramos lo que pese el paciente.  |
| 8   | Talla                 | En centímetros.   |
| 9   | Superficie corporal   | Con número y metros cuadrados.  |
| 10  | I.M.C.                | En número que se anotará del índice de masa corporal.   |
| 11  | Apache II             | Valoración del estado de gravedad del paciente de acuerdo a los indicadores que corresponde según la escala. Se medirá posterior a las primeras 24hrs que ingresa el paciente y nos sirve como indicador del grado de mortalidad. |
| 12  | TISS                  | El número que corresponde según la escala, de evaluación, para ver el estado de gravedad del paciente y el índice enfermera paciente de acuerdo a la escala de valoración. Que se llevará a cabo cada 24hrs.                      |
| 13  | Alergias              | Si es hipersensible a medicamentos o alimentos.   |
| 14  | Estado de Salud       | El que corresponda según las condiciones del paciente.  |
| 15  | Persona Responsable   | Nombre de la persona responsable del paciente.  |
| 16  | Teléfono              | Se anota el número telefónico de la persona legalmente responsable del paciente   |
| 17  | Médico Responsable    | Nombre del médico adscrito.   |
| 18  | Residente Responsable | Nombre del residente responsable del paciente.  |
| 19  | Ocupación             | Cual es la ocupación del paciente.  |
| 20  | Escolaridad           | Grado de estudios del paciente.   |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Beserril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

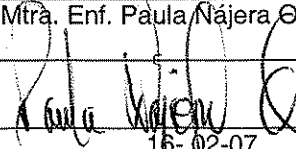
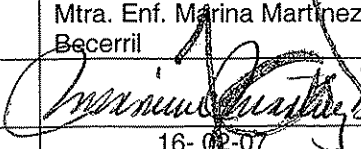
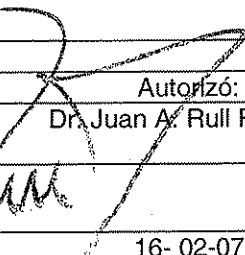
|   |   |   |         |
|---|---|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:41 |
|   | <b>4. Procedimiento para la Hoja de Informe de Enfermería de la Unidad de Urgencias</b> |   | DE: 341 |

|    |  |   |
|----|--|---|
| 21 | Religión   | La que profesa el paciente.   |
| 22 | Caso Médico Legal  | Tachar si o no según el caso.   |
| 23 | Diagnóstico  | Padecimiento de base y el diagnóstico por el que ingreso al servicio de urgencias.  |
| 24 | Días Estancia  | Los días que ha permanecido en el servicio.   |
| 25 | Indicaciones Médicas   | Tiene que ser escrita por el médico responsable del paciente.   |
| 26 | Ingresos<br>Dieta, Ingreso parcial,<br>Egresos, Diuresis,<br>evacuaciones, sangrado,<br>drenajes, vómito, hemodiálisis,<br>diálisis.<br>Egresos Parciales, Balance<br>Total 24 hrs., Balance<br>acumulado, medición especial<br>(perímetro abd.<br>Glucoacetoneurias, destrostix y<br>guayaco) Pulso, T.A.,<br>Temperatura, P.V.C., TAM. | Por horario en mililitros de vía oral y parenteral, así como cantidad de egresos, resultados reactivos realizados a los pacientes, signos vitales por hora y turno.<br><br>Registran los resultados de estos parámetros para Para dar seguimiento a la evolución del paciente en un lapso de 24 hrs. partiendo de parámetros hemodinámicos y metabólicos. |
| 27 | Pulmonar<br>M. Vent. / Fi O2., VM/VC.,<br>D./Dis.E., P. Pico/Peep., Dis.<br>D./Dis.E., P. Asistida.<br>SIMV/FR. CV/F. insp., FR/VC.,<br>PAO2., pha/pHv.,pvO2/pv.,<br>CO2., SataO2/SatvO2., DA.<br>Ao2., CaO2/CvO2.,Cc<br>O2/Qs/QT., IR/Rei/IR/QS/QT.,<br>VO2/%extO2.   | Registro de parámetros programados en el ventilador, cuando el paciente se encuentra con apoyo ventilatorio continuo, que permite evaluar la evolución del paciente a través de gasometrías arteriales y venosas.   |
| 28 | Nutricional<br>Energía., Volumen., N2O.,<br>PROT/Rel. C.N., Lípidos., K.,<br>Na., Ca., P.  | Valoración del médico de nutriología clínica.   |
| 29 | Neurología<br>Glasgow., Crisis convulsivas,<br>Grado Encefalopatía.  | Registro del comportamiento neurológico del paciente valorado por el médico.  |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodríguez  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA: 42 |
|   | <b>4. Procedimiento para la Hoja de Informe de Enfermería de la Unidad de Urgencias</b> |   | DE: 341  |

|    |                      |   |
|----|----------------------|---|
| 30 | Infectología         | Registro de los diferentes cultivos que se le realizan al paciente, por los médicos internos. |
| 31 | Fecha de Instalación | Día, mes y año en que se realizó el procedimiento.  |
| 32 | Laboratorio          | Registro de los exámenes de laboratorio y RX. Por el médico Interno.                          |
| 33 | Observaciones        | Especificación de la evolución del paciente en cada turno por el personal de enfermería.      |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |





| Monar  | Hora | 27 |   |   |   |   |   |   |   |
|--|------|----|---|---|---|---|---|---|---|
| M. vent / FIO <sub>2</sub>                                     | /    | /  | / | / | / | / | / | / | / |
| V <sub>T</sub> / VC  | /    | /  | / | / | / | / | / | / | / |
| P <sub>ico</sub> / PEEP  | /    | /  | / | / | / | / | / | / | / |
| Dis. D. / Dis. E.  | /    | /  | / | / | / | / | / | / | / |
| Asistida   | /    | /  | / | / | / | / | / | / | / |
| IV / FR  | /    | /  | / | / | / | / | / | / | / |
| CV / F <sub>inspirada</sub>                                    | /    | /  | / | / | / | / | / | / | / |
| FR / VC  | /    | /  | / | / | / | / | / | / | / |
| P <sub>a</sub> O <sub>2</sub>                                  | /    | /  | / | / | / | / | / | / | / |
| PaO <sub>2</sub> / PaCO <sub>2</sub>                           | /    | /  | / | / | / | / | / | / | / |
| HCO <sub>3</sub> / CO <sub>2</sub>                             | /    | /  | / | / | / | / | / | / | / |
| p <sub>a</sub> / pH <sub>v</sub>                               | /    | /  | / | / | / | / | / | / | / |
| P <sub>v</sub> O <sub>2</sub> / P <sub>v</sub> CO <sub>2</sub> | /    | /  | / | / | / | / | / | / | / |
| Sat aO <sub>2</sub> / Sat vO <sub>2</sub>                      | /    | /  | / | / | / | / | / | / | / |
| Lactato  | /    | /  | / | / | / | / | / | / | / |

| Nutricional 28    | Calorías:          | Calorimetría:      | Harris-Benedict     |
|-------------------|--------------------|--------------------|---------------------|
| <b>AL</b>         | Vía Oral           | Sonda nasogástrica |                     |
| Carbohidratos     | Lípidos            | Proteínas          | Líquidos            |
| Azúcares simples  | Colesterol         | Purinas            | Sodio               |
| Fosforo           | Magnesio           | Calcio             | Fósforo             |
| <b>TERAL</b>      | Nasoenteral        | Gastrostomía       | Yeyunostomía        |
| Fórmula           | Concentración      | Volumen            | Velocidad           |
| <b>ENTERAL</b>    | Periférica         | Central            |                     |
| Cal. no protéicas | Rel. cal. no P/Pro | Rel. HC/lípidos    | Nit/Prot Kg         |
| Aminoácidos       | Dextrosa al 50%    | Lípidos            | Gluconato de calcio |
| Magnesio          | Cloruro de potasio | Fosfato de potasio | Cloruro de sodio    |
| Parina            | Insulina           | Agua bidestilada   | Ranitidina          |
| Zinc              | Selenio            | Carnitina          | Vitamina C          |
| Vitamina K        | MVI 12             | Tracefusin         | Glutamina           |
| Acido fólico      | Cianocobalamina    |                    |                     |

| Neurológico 29     | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--------------------|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|---|---|---|---|---|---|
| Glasgow            |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |
| Crisis convulsivas |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |
| Encefalopatía      |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |
| Edmsay             |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |
| D.F.               |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |

| Bacteriológico 30 | Fecha | Resultado | Sensibilidad |
|-------------------|-------|-----------|--------------|
| Urocultivo:       |       |           |              |
| Urocultivo:       |       |           |              |
| Aspiración:       |       |           |              |
| Catéter:          |       |           |              |
| Uros:             |       |           |              |
|                   |       |           |              |
|                   |       |           |              |
|                   |       |           |              |

| Fecha de instalación de cánulas, sondas y catéteres 31 |  |                 |                    |           |
|--|--|-----------------|--------------------|-----------|
| Cánula endotraqueal                                    |  | Traqueostomía   | Introduccion       | Swan-Ganz |
| Linea arterial   |  | SNG             | SNE                | Drenaje 1 |
| Sonda Foley  |  | Catéter central | Catéter periférico | Drenaje 2 |
| Shurkar  |  | Tenchkoff       | Hickman            | Drenaje 3 |





|   |  |   |         |
|---|--|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA:44 |
|   | <b>5.- Procedimiento para la Hoja de Informe de Enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva y Unidad Monitorizada</b> |   | DE: 341 |

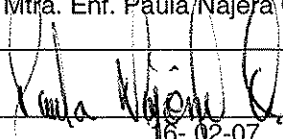
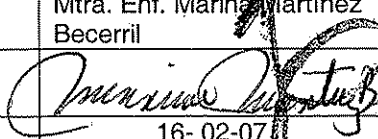
**5.- PROCEDIMIENTO PARA LA HOJA DE INFORME DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA Y UNIDAD MONITORIZADA**

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |         |
|---|--|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA:45 |
|   | <b>5.- Procedimiento para la Hoja de Informe de Enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva y Unidad Monitorizada</b> |   | DE: 341 |

**OBJETIVO**

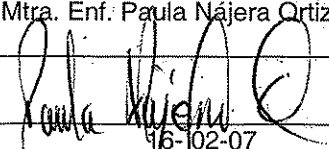
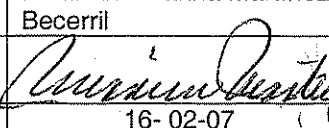
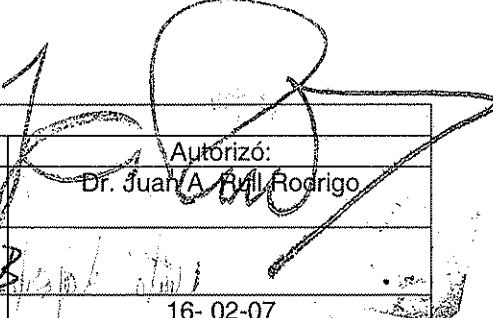
Contar con un instrumento administrativo que mida la productividad de los cuidados de enfermería al paciente en estado crítico, en el servicio de Terapia Intensiva y Unidad Monitorizada.


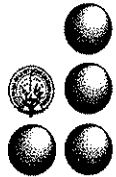
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Ruil Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |         |
|---|--|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA:46 |
|   | <b>5.- Procedimiento para la Hoja de Informe de Enfermería<br/>de la Unidad de Terapia Intensiva y Unidad Monitorizada</b> |   | DE: 341 |

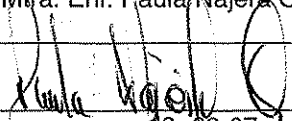
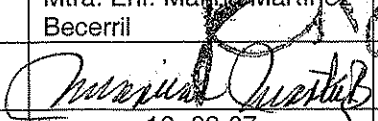
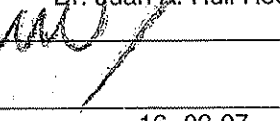
**POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN**

- 1.- A todo paciente que ingrese al servicio de Terapia Intensiva y Unidad Monitorizada se le iniciará la hoja de Informe de enfermería.
- 2.- Registrará en forma continua la información que se requiera del paciente de acuerdo al equipo multidisciplinario

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Ruiz Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |         |
|---|--|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA:47 |
|   | <b>5.- Procedimiento para la Hoja de Informe de Enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva y Unidad Monitorizada</b> |   | DE: 341 |

| UNIDAD O PERSONAS QUE INTERVIENEN               | NÚMERO DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD  |
|---|---------------------|--|
| Médico de U.T.I.                                | 1                   | Inicia el llenado de la hoja en los espacios que corresponden a los números 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12,13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 y 25.                     |
| Enfermera de U.T.I.                             | 2                   | Registro de soluciones y medicamentos.   |
|   | 3                   | Anota por horario los signos vitales del paciente, parámetros hemodinámicos, diuresis, glucocetonurias, evacuaciones, guayacos, perímetro abdominal y dextroxtis de acuerdo a lo iniciado. |
|   | 4                   | Si el paciente presenta convulsiones o encefalopatía se anotará por hora.  |
|   | 5                   | Especifica la fecha de instalación de los procedimientos invasivos y en las notas de enfermería, las observaciones que hubo en el transcurso del turno.                                    |
|   | 6                   | Además de los ingresos y egresos para el balance total de las 24 hrs.  |
| Laboratorio                                     | 7                   | En el espacio No. 28 y 34 del formato complementa la información, registrando los exámenes de laboratorio y RX. por el médico Interno.   |
| Medico especialista de Alimentación parenteral. | 8                   | En el espacio No. 30 del formato complementa la información.   |
| Nutriología                                     | 9                   | En el espacio 29 el médico de nutriología registra los valores nutricionales que corresponden al paciente.   |
| Infectología                                    | 10                  | En el espacio 32 registra los resultados de los cultivos que se le realizan al paciente, por el médico interno.<br><b>FIN DEL PROCEDIMIENTO.</b>   |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

Subdirección de Enfermería

## 5.- Procedimiento para la Hoja de Informe de Enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva y Unidad Monitorizada

**SALUD**

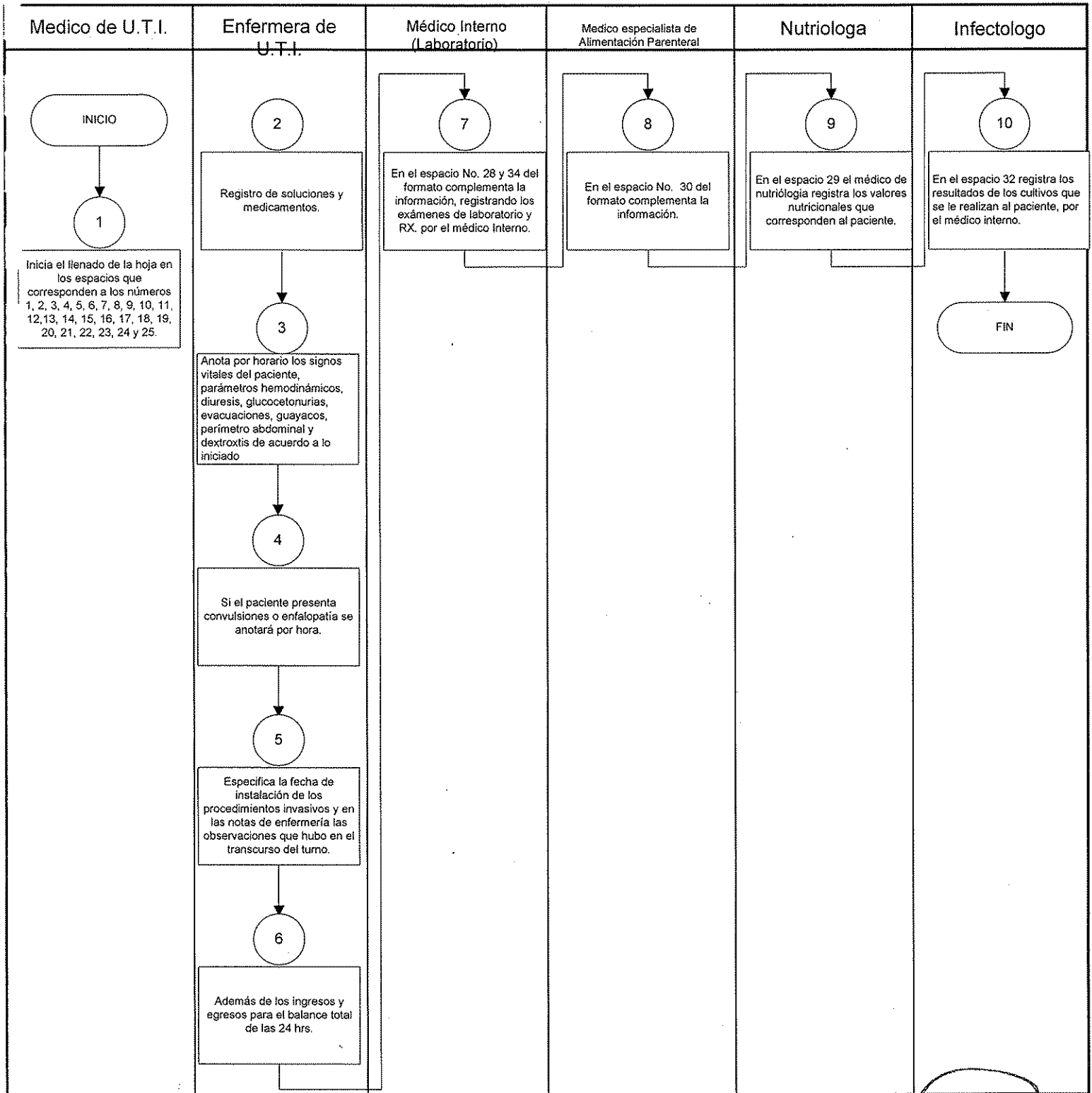
SECRETARÍA DE SALUD



REV:


HOJA: 48

DE: 341



### CONTROL DE EMISIÓN

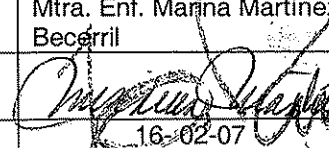
|        | Elaboró:                      | Revisó:                             | Autorizó:                |
|--------|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Nombre | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril | Dr. Juan A. Rull Rodrigo |
| Firma  |                               |                                     |                          |
| Fecha  | 16-02-07                      | 16-02-07                            | 16-02-07                 |

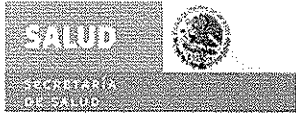
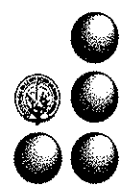
|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA: 49 |
|   | <b>5.- Procedimiento para la Hoja de Informe de Enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva y Unidad Monitorizada</b> |   | DE: 341  |

**FORMATOS E INSTRUCTIVO**

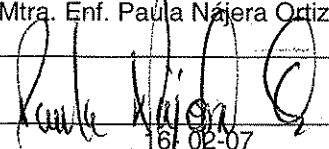
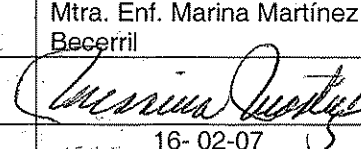

**FORMATO: Hoja de Informe de Enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva y Unidad Monitorizada**

| No. | CONCEPTO                             | SE ANOTARÁ  |
|-----|--------------------------------------|---|
| 1   | Cama                                 | No. de cama.  |
| 2   | P. P. I. (Potencialmente Infectante) | Sí el paciente esta infectado o No si no lo esta.   |
| 3   | Fecha                                | Día, Mes y Año.   |
| 4   | Nombre                               | Nombre completo del paciente.   |
| 5   | Edad                                 | En años cumplidos.  |
| 6   | Sexo                                 | Femenino o Masculino.   |
| 7   | Registro                             | Número de expediente del paciente.  |
| 8   | Peso                                 | En número se registra lo que pese el paciente.  |
| 9   | Talla                                | En número se registra lo que mide el paciente.  |
| 10  | Superficie corporal                  | Con número y metros cuadrados.  |
| 11  | I.M.C.                               | En número anotar el índice de masa corporal.  |
| 12  | Apache II                            | Se registrará la valoración del estado de gravedad del paciente de acuerdo a los indicadores que corresponde según la escala. Se medirá en las primeras 24hrs que ingresa el paciente y nos sirve como indicador del grado de mortalidad. |
| 13  | TISS                                 | Se registrará el número que corresponde según la escala de evaluación, para ver el estado de gravedad del paciente y el índice enfermera paciente. Que se evaluará cada 24hrs.  |
| 14  | Alergias                             | Se registrará sí es hipersensible a medicamentos o alimentos.   |
| 15  | Estado de Salud                      | El que corresponda según la evolución del paciente.   |
| 16  | Persona Responsable                  | Nombre de la persona responsable del paciente.  |
| 17  | Teléfono                             | De la persona responsable del paciente.   |
| 18  | Médico Responsable                   | Nombre del médico adscrito.   |
| 19  | Residente Responsable                | Nombre del residente responsable.   |
| 20  | Ocupación                            | En qué labora el paciente.  |
| 21  | Escolaridad                          | Grado de estudios del paciente.   |
| 22  | Religión                             | La que profesa el paciente.   |
| 23  | Caso Médico Legal                    | Tachar si o no, según el caso.  |
| 24  | Diagnóstico                          | Padecimiento de base y el diagnóstico por el que se ingresa.  |
| 25  | Días Estancia                        | Los días en los que ha permanecido en el servicio.  |
| 26  | Indicaciones Médicas                 | Registro del tratamiento del paciente, tiene que ser por el médico.   |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becárril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |         |
|---|--|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA:50 |
|   | <b>5.- Procedimiento para la Hoja de Informe de Enfermería<br/>de la Unidad de Terapia Intensiva y Unidad Monitorizada</b> |   | DE: 341 |

- 27      **Ingresos**  
Dieta, ingreso parcial.  
**Egresos**  
Diuresis, Glucocetonurias,  
Evacuaciones, Guayaco, Perímetro  
Abdominal, Destrostix,
- 28      **Signos Vitales**  
TA, FC, Temperatura, FR,  
SpO<sub>2</sub>./Fio<sub>2</sub>., PEPE., TAM., PVC.,  
PSP/PMP., PDP/PCP., GC., SvO<sub>2</sub>.  
(estos parámetros se evaluarán  
por horario en caso de que el  
paciente tenga el catéter de Swan  
Ganz).
- 29      **Parámetros para perfil  
hemodinámico y consumo de  
oxígeno.**  
Hora (se anotará la hora en que se  
requiera el perfil hemodinámico)  
TAS/TAD., TAM., FC., PVC/PCP.,  
PMP/PDP., GC/IC., VL/IVL.,  
ITVD/ITVI., IRVS/IRVP., Hb/Temp.,  
pAo<sub>2</sub>/PvO<sub>2</sub>., PaCO<sub>2</sub>/PvCO<sub>2</sub>.,  
HCO<sub>3</sub>/AGap., Pha/EB.,  
Sao<sub>2</sub>/SvO<sub>2</sub>., CaO<sub>2</sub>/CvO<sub>2</sub>.,  
Cco<sub>2</sub>/dAVo<sub>2</sub>., QSQT/Ext. O<sub>2</sub>.,  
IDO<sub>2</sub>., IVO<sub>2</sub>., PAO<sub>2</sub>/ DAO<sub>2</sub>.,  
IR/Kirby., Fio<sub>2</sub>/I.E., Ppico/PMES.,  
Pmedia/ VC.,  
PEEPe/PEEPi., DD/DE.,  
Mvent/Vmin., Pasist/FR., Dopa.,  
Debuta., Norepia/adrena., NTG/  
Nprus., PCO<sub>2</sub>PR/pHpr., Lactato.,  
SjO<sub>2</sub>PIC.
- Registrar por horario en mililitros la vía oral y parenteral, así como cantidad de egresos, (diuresis, drenajes, etc.), resultados de los reactivos realizados a los pacientes.
- Se registrarán los signos vitales, por hora.
- El perfil hemodinámico del paciente, se registrará cada que el médico lo requiera dependiendo de la gravedad del paciente.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Raúl Rodríguez  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16/02/07  | 16-02-07   | 16-02-07  |









| Laboratorio 35   |  | Hora |  | Hora  |  |
|--|--|------|--|---|--|
| Eritrocitos (4.1-6.0 cel x 1 000 000/mm <sup>3</sup> ) |  |      |  | Calcio (9.5-11.2 mg/dl)                     |  |
| Hemoglobina (13-15 F, 14-17 M, g/dl)                   |  |      |  | Calcio ionizado (4.5-5.3 md/dl)             |  |
| Hematócrito (38-46 F, 42-52 M, %)                      |  |      |  | Fósforo (2.2-4.3 mg/dl)                     |  |
| VGM (83-98 fl)   |  |      |  | ALT (TGP) (12-59 U/l)                       |  |
| CMHC/HCM (32-34%) / (27-34 pg)                         |  |      |  | AST (TGO) (13-56 U/l)                       |  |
| Leucocitos (4.0-12.0 cel. X 1000/mm <sup>3</sup> )     |  |      |  | Bilirrubina total (0.5-1.5 mg/dl)           |  |
| Neutrófilos/Bandas (39-89%) / (0-3%)                   |  |      |  | Directa/Indirecta (0.0-0.2 / 0.5-1.3 mg/dl) |  |
| Linfocitos/ Monocitos (11-54%) / (1-14%)               |  |      |  | Fosfatasa alcalina (39-153 mg/dl)           |  |
| Eosinófilos/Basófilos (3-6%) / (1-2%)                  |  |      |  | Gamaglutamiltranspeptidasa (7-64 mg/dl)     |  |
| Reticulocitos (0.5-2.6 %)                              |  |      |  | CPK (37-263mg/dl)                           |  |
| Plaquetas (150-450 cel. X 1000/ mm <sup>3</sup> )      |  |      |  | CPK-MB (2.3-9.5 mg/dl)                      |  |
| BUN (8-22 mg/dl)                                       |  |      |  | Troponina T (neg)                           |  |
| Creatinina (0.6-1.2 mg/dl)                             |  |      |  | DHL (109-197 mg/dl)                         |  |
| Acido úrico (2.9-8.9 mg/dl)                            |  |      |  | Proteínas totales (6.4-8.4 g/dl)            |  |
| Glucosa (70-100 mg/dl)                                 |  |      |  | Albúmina/Globulina (3.6-5 / 2.8-4.8 g/dl)   |  |
| Sodio (135-147 mEq/l)                                  |  |      |  | Amilasa (25-125 U/L)                        |  |
| Potasio (3.5-5.0 mEq/l)                                |  |      |  | Lipasa (8-57 U/L)                           |  |
| Cloro (95-105 mEq/l)                                   |  |      |  | T. protrombina (12-15 seg)                  |  |
| CO <sub>2</sub> (22-28 mEq/l)                          |  |      |  | T. parcial tromboplastina (31-39 seg)       |  |
| Magnesio (1.7-2.8 mg/dl)                               |  |      |  | INR (0.8-1.2)                               |  |
| Otros:   |  |      |  |   |  |
|  |  |      |  |   |  |
|  |  |      |  |   |  |
|  |  |      |  |   |  |
|  |  |      |  |   |  |

|                           |    |                 |  |                   |  |                   |  |                    |  |         |
|---------------------------|----|-----------------|--|-------------------|--|-------------------|--|--------------------|--|---------|
| Densidad u. (1.010-1.030) | 36 | pH (5-7)        |  | Proteínas (neg)   |  | Glucosa (neg)     |  | Cetonas (neg)      |  | Sodio   |
| Urobilinógeno (<1.0 U E.) |    | Nitritos (neg)  |  | Hemoglobina (neg) |  | Bilirrubina (neg) |  | Leucocitos (< 5/c) |  | Potasio |
| Eritrocitos (0-3/c)       |    | Células (1-2/c) |  | Cilindros (0/c)   |  | Bacterias (0)     |  | Cristales          |  | Calcio  |

| P. V. E. Hora | Líquidos: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| FR            |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| VC            |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| VM            |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| FI            |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| FE            |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Gabinete 37

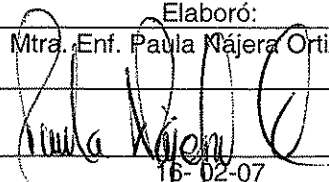
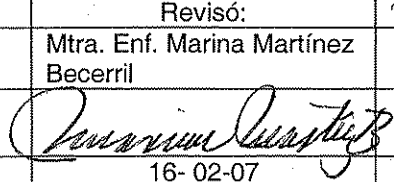
|                    |  |
|--------------------|--|
| Electrocardiograma |  |
| Tele de tórax      |  |
| Imagenología       |  |
| Patología          |  |
| Ecocardiografía    |  |
| Hemodinamia        |  |
| Endoscopia         |  |

Observaciones de enfermería 38

| Primer turno | Segundo turno | Tercer turno |
|--------------|---------------|--------------|
|              |               |              |

|   |   |   |         |
|---|---|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>                                       |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:52 |
|   | <b>6- Procedimiento para la Hoja de Informe de Enfermería<br/>del Servicio de Cirugía</b> |   | DE: 341 |

**6.-PROCEDIMIENTO PARA LA HOJA DE INFORME DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA**

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Ruiz Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |         |
|---|---|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>                                       |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:53 |
|   | <b>6- Procedimiento para la Hoja de Informe de Enfermería<br/>del Servicio de Cirugía</b> |   | DE: 341 |

**OBJETIVO**

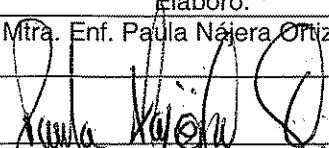
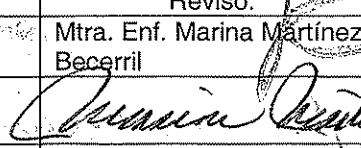
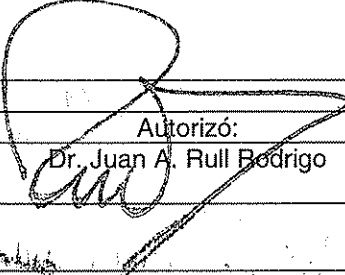
Contar con un instrumento administrativo que permita el registro y control peri operatorio del paciente quirúrgico.


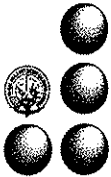
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |                          |
|--------------------|---|--|--------------------------|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:                |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez<br>Bece   | Dr. Juan A. Rull Rodrigo |
| Firma:             |  |  |                          |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07                 |

|   |   |   |         |
|---|---|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>                                       |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:54 |
|   | <b>6- Procedimiento para la Hoja de Informe de Enfermería<br/>del Servicio de Cirugía</b> |   | DE: 341 |

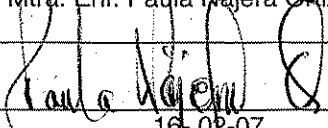
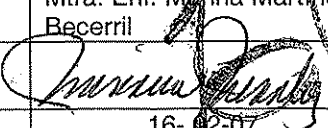
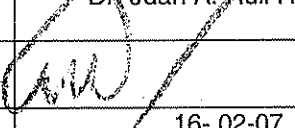
**POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN**

- 1.- A todo paciente que ingrese al servicio de Cirugía se le iniciará la hoja de Informe de enfermería.
- 2.- Cuando el paciente egresa a los servicios de hospitalización (1º, 2º, 3º y 4º piso), se continuará durante las 24 hrs.

| CONTROL DE EMISION |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |         |
|---|---|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                                       |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:55 |
|   | <b>6- Procedimiento para la Hoja de Informe de Enfermería del Servicio de Cirugía</b> |   | DE: 341 |

| UNIDAD O PERSONAS QUE INTERVIENEN | NÚMERO DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD  |
|-----------------------------------|---------------------|--|
| Enfermera                         | 1                   | Registra los datos generales del paciente.   |
|                                   | 2                   | Registra los líquidos parenterales y signos vitales.   |
|                                   | 3                   | Registro de Terapéutica y medicamentos vía horario y dosis durante el procedimiento quirúrgico con tinta azul y tinta roja para graficar la temperatura. |
|                                   | 4                   | Registra los líquidos parenterales hemoderivados, electrolitos y oligoelementos que se requieren.  |
|                                   | 5                   | Registra los datos que se encuentran al reverso de la hoja.<br><b>FIN DEL PROCEDIMIENTO.</b>   |

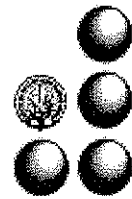
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

Subdirección de Enfermería

## 6.-Procedimiento para la Hoja de Informe de Enfermería del Servicio de "Cirugía"

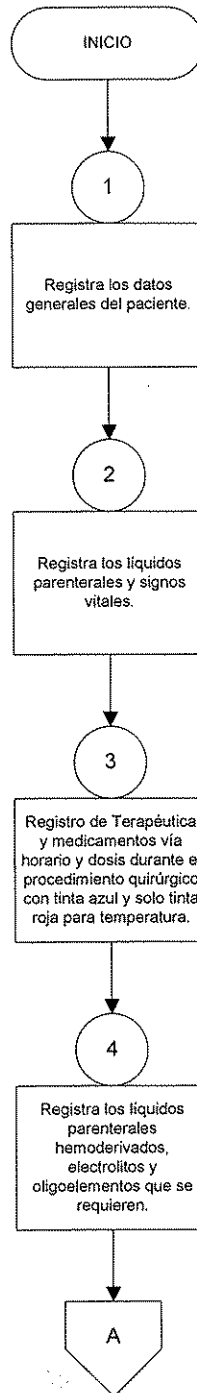


REV:

HOJA:  
**56**

DE:  
**341**

Enfermera



### CONTROL DE EMISION

|         | Elaboró:                      | Revisó:                            | Autorizó:                |
|---------|-------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| Nombre: | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerra | Dr. Juan A. Rull Rodrigo |
| Firma:  |                               |                                    |                          |
| Fecha:  | 16-02-07                      | 16-02-07                           | 16-02-07                 |





# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

## Subdirección de Enfermería

### 6.-Procedimiento para la Hoja de Informe de Enfermería del Servicio de "CIRUGÍA"

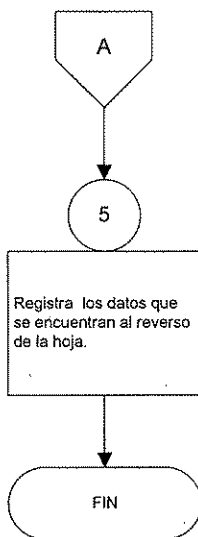


REV:

HOJA: 57

DE: 341

Enfermera



#### CONTROL DE EMISION

Elaboró:

Revisó:

Autorizó:

Nombre:

Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz

Mtra. Enf. Marina Martínez Becerra

Dr. Juan A. Rull Rodrigo

Firma:

Fecha:

16-02-07

16-02-07

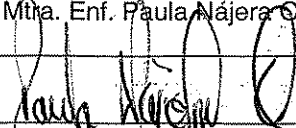
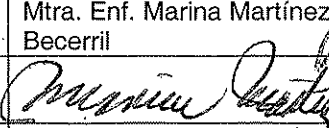
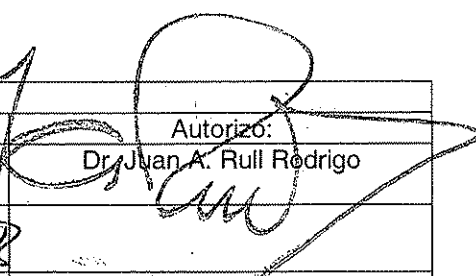
16-02-07

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                                       |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA: 58 |
|   | <b>6- Procedimiento para la Hoja de Informe de Enfermería del Servicio de Cirugía</b> |   | DE: 341  |

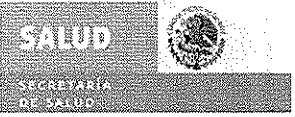
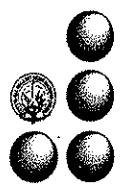
**FORMATOS E INSTRUCTIVOS.**

**FORMATO: INFORME DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA.**

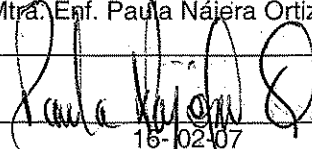
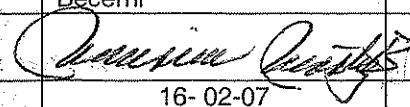
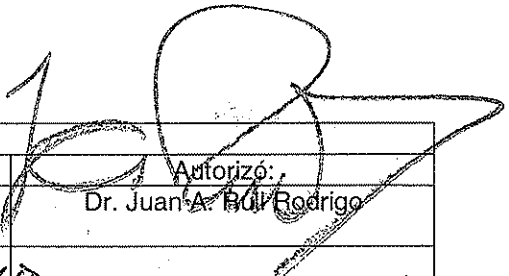
| No. | CONCEPTO                          | SE ANOTARÁ  |
|-----|-----------------------------------|---|
| 1   | Fecha                             | Día, Mes y Año.   |
| 2   | Nombre                            | Nombre completo del paciente.   |
| 3   | Registro                          | Número de expediente del paciente.  |
| 4   | Cama                              | No. de cama asignada al paciente.   |
| 5   | Diagnóstico                       | Padecimiento de base y el nombre de la cirugía realizada.                                       |
| 6   | Temperatura                       | Con una cruz (+) pequeña de color rojo en gráfica.  |
| 7   | TA Y Pulso                        | Registrar en la gráfica que corresponde.  |
| 8   | Glucosa Acetonurias               | Registrar con el signo de (+) si es positivo y el signo (-) si es negativo.                     |
| 9   | Guayaco                           | Registrar con el signo de (+) si es positivo y el signo (-) si es negativo.                     |
| 10  | Ingresos                          | Registro de ingresos, soluciones, hemoderivados etc.  |
| 11  | Balance parcial de ingresos       | Ingresos que tuvo por hora y turno.   |
| 12  | Egresos                           | Registrar los egresos que tuvo el paciente como son: (Sangrado, Diuresis, Drenajes, etc).       |
| 13  | Medicamentos                      | Registrar los medicamentos administrados, dosis, vía y hora                                     |
| 14  | Balance parcial de egresos        | Total de egresos del paciente por turno.  |
| 15  | Balance Total de ingresos         | En número y ml, anotar el total de líquidos que le ingresaron al paciente.                      |
| 16  | Balance de egresos                | En número y ml, anotar el total de egresos de líquidos del paciente.                            |
| 17  | Balance Total de ingresos-egresos | En número y ml, anotar el total de ingresos y egresos de líquidos.                              |
| 18  | Balance Acumulado                 | Los resultados del balance si es positivo o negativo, reportando en número y letra (mililitros) |


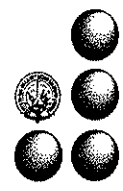
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



|   |   |   |         |
|---|---|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:60 |
|   | <b>7. Procedimiento para Hoja de Enfermería para Balance Hídrico de Hospitalización 1°, 2°, 3° y 4° Piso.</b> |   | DE: 341 |

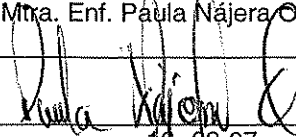
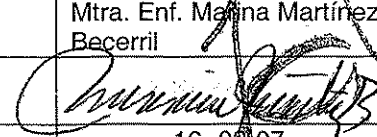
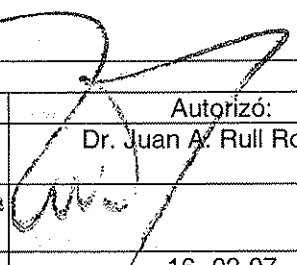
**7.- PROCEDIMIENTO PARA HOJA DE ENFERMERÍA PARA BALANCE HÍDRICO DE HOSPITALIZACIÓN 1º, 2º, 3º Y 4º PISO.**


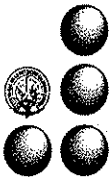
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rodríguez   |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |         |
|---|---|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:61 |
|   | <b>7. Procedimiento para Hoja de Enfermería para Balance<br/>Hídrico de Hospitalización 1°, 2°, 3° y 4° Piso.</b> |   | DE: 341 |

**OBJETIVO**

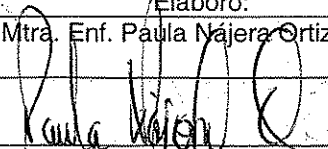
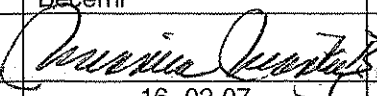
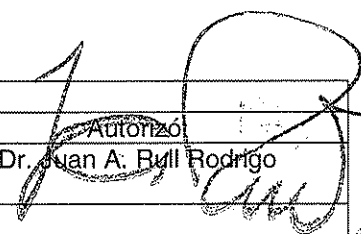
Contar con un instrumento administrativo que registre cuidados específicos de enfermería a pacientes hospitalizados de las áreas clínicas, llevando un control y evolución durante las 24 hrs., del día.


| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |         |
|---|---|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:62 |
|   | <b>7. Procedimiento para Hoja de Enfermería para Balance<br/>Hídrico de Hospitalización 1°, 2°, 3° y 4° Piso.</b> |   | DE: 341 |

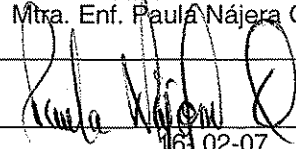
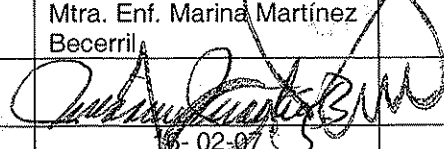
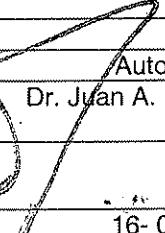
**POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN.**

- 1.- A todo paciente que ingrese a los servicios de hospitalización se iniciará la hoja de enfermería.
- 2.- Se inicia a todo paciente hospitalizado en 1º, 2º, 3º y 4º piso, que requiera control de líquidos.
- 3.- A todo paciente que se complique durante los procedimientos en: Endoscopia, Estudios Especiales, RX y Litotripsia.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Bull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA: 63 |
|   | <b>7. Procedimiento para Hoja de Enfermería para Balance Hídrico de Hospitalización 1°, 2°, 3° y 4° Piso.</b> |   | DE: 341  |

| UNIDAD O PERSONAS QUE INTERVIENEN | NÚMERO DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD   |
|-----------------------------------|---------------------|---|
| Enfermera                         | 1                   | Registrará los datos generales del paciente hasta el concepto No. 8 y el concepto No. 12.   |
|                                   | 2                   | Anotará los líquidos parenterales y signos vitales en el renglón correspondiente cada hora o cada quince minutos, según lo requiera el paciente.  |
|                                   | 3                   | Sumará al finalizar el turno en el renglón correspondiente el total de ingresos parciales de líquidos parenterales.   |
|                                   | 4                   | Anotará los egresos en el renglón correspondiente, en el transcurso del turno.  |
|                                   | 5                   | Al finalizar el 3er., turno sumará en el renglón correspondiente el total de egresos parciales de los 3 turnos.   |
|                                   | 6                   | Anotará nombre, dosis, vía y hora de la ministración de medicamentos por turno.   |
|                                   | 7                   | Registrará las condiciones generales de cómo lo recibe, evoluciona y entrega al paciente por turno, anotando nombre y firma la persona responsable, según lo establecido en el Instituto. |
|                                   | 8                   | El tercer turno realizará el balance total de 24 horas.<br><b>FIN DEL PROCEDIMIENTO.</b>  |

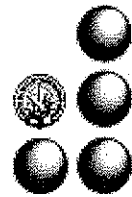
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

Subdirección de Enfermería

7.-Procedimiento para Hoja de Enfermería para Balance Hídrico de Hospitalización 1º, 2º, 3º y 4º piso.

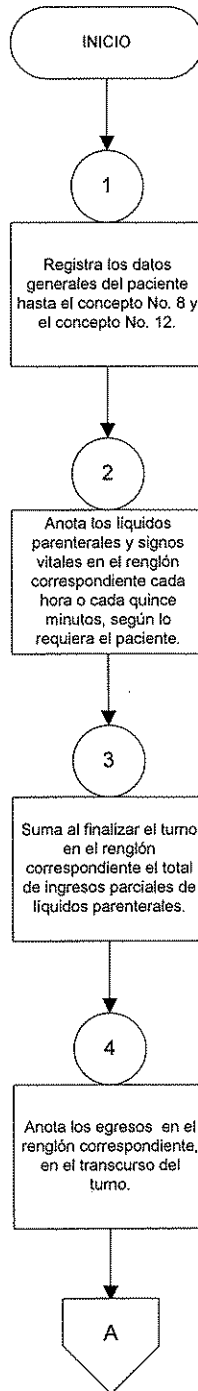


REV:

HOJA:  
64

DE: 341

Enfermera



### CONTROL DE EMISION

Elaboró:

Revisó:

Autorizó:

Nombre:

Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz

Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril

Dr. Juan A. Ruiz Rodríguez

Firma:

Fecha:

16-02-07

16-02-07

16-02-07

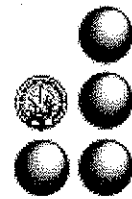




# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

## Subdirección de Enfermería

### 7.-Procedimiento para Hoja de Enfermería para Balance Hídrico de Hospitalización 1º, 2º, 3º y 4º piso.

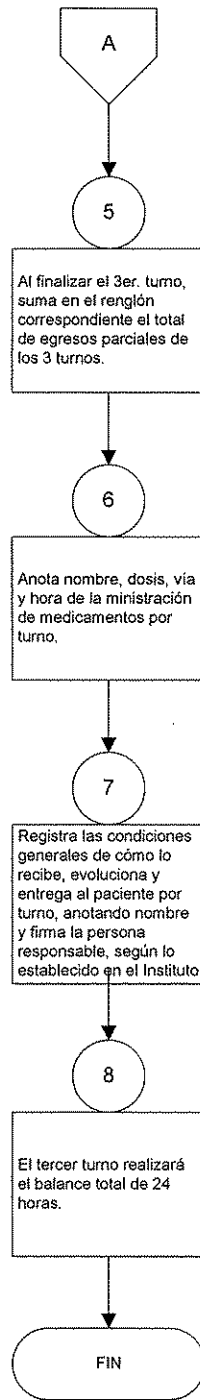


REV:

HOJA:  
65

DE: 34<sup>a</sup>

Enfermera



#### CONTROL DE EMISION

Elaboró:

Revisó:

Autorizó:

Nombre:

Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz

Mtra. Enf. Marina Martínez Becerra

Dr. Juan A. Rull Rodrigo


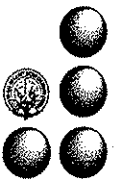
Firma:

Fecha:

16-02-07

16-02-07

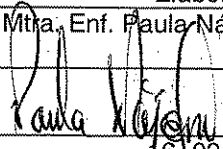
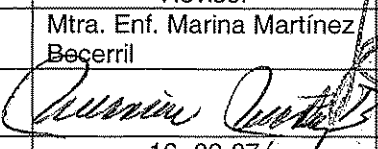
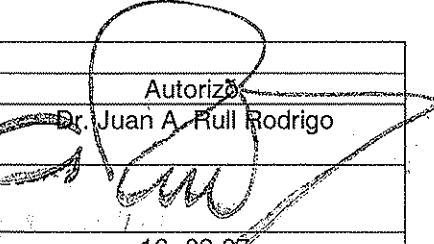
16-02-07


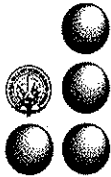
|   |   |   |         |
|---|---|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:66 |
|   | <b>7. Procedimiento para Hoja de Enfermería para Balance<br/>Hídrico de Hospitalización 1°, 2°, 3° y 4° Piso.</b> |   | DE: 341 |

**FORMATO E INSTRUCTIVO:**

**FORMATO: DE REGISTRO DE INFORME DE ENFERMERÍA PARA BALANCE HÍDRICO DE HOSPITALIZACIÓN  
1º, 2º, 3º Y 4º PISO.**

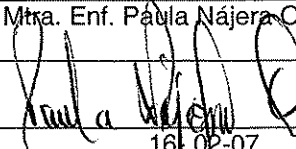
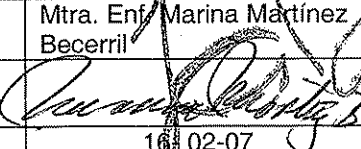
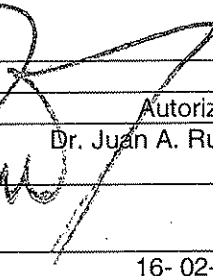
|    |  |   |
|----|--|---|
| 1  | Etiqueta de Barra  | Colocar la etiqueta de barras con el nombre y registro del paciente.  |
| 2  | Nombre   | Nombre completo del paciente.   |
| 3  | Registro   | Número de expediente del paciente.  |
| 4  | Sector   | El número del sector al que corresponde.  |
| 5  | Fecha de ingreso   | Día, Mes y Año en que el paciente ingresa al servicio.  |
| 6  | Cama   | No. de cama asignada.   |
| 7  | Fecha  | Día, Mes y Año.   |
| 8  | Diagnóstico  | Anotar el padecimiento y/o diagnóstico del paciente.  |
| 9  | Temperatura  | Se anotará con una (X) pequeña de color rojo en gráfica.  |
| 10 | Presión Arterial, Frecuencia Cardíaca, y Frecuencia Respiratoria                       | Se anotará con una (V) y (V) invertida) en la gráfica, con tinta azul, la frecuencia cardíaca se anotará con un punto y la frecuencia respiratoria se anotará con número.                       |
| 11 | Peso / Per. Abdominal  | Con número se anota el peso y el perímetro abdominal en centímetros.  |
| 12 | Glasgow  | Según escala con número.  |
| 13 | Dextrostix   | Según escala con número.  |
| 14 | Glucocetonurias  | Se registra con letra Negativa o positiva.  |
| 15 | Sangre oculta en heces   | Se registra con letra positivo, negativo o huellas  |
| 16 | Ingresos   | Las infusiones de soluciones, medicamentos que requieren dilución si tiene vía oral el paciente o alimentación enteral. Se anotará lo que ingresa ya sea por hora o el total que se administra. |
| 17 | Balance parcial de ingresos  | Total de ingresos por turno.  |
| 18 | Egresos  | Los egresos que tuvo el paciente en mililitros.   |
| 19 | Balance parcial de egresos   | Total de egresos del paciente por turno.  |
| 20 | Balance Total de ingresos.<br>Balance de egresos.<br>Balance Total de ingresos-egresos | El personal del turno nocturno realiza las operaciones matemáticas para cerrar los balances de 24 hrs.  |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodríguez  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |         |
|---|---|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:67 |
|   | <b>7. Procedimiento para Hoja de Enfermería para Balance Hídrico de Hospitalización 1°, 2°, 3° y 4° Piso.</b> |   | DE: 341 |


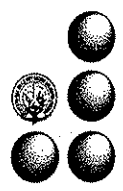
Balance Acumulado

- |    |                    |  |
|----|--------------------|--|
| 21 | Catéteres y Sondas | Las fechas cuando que se instalaron los catéteres y las sondas.  |
| 22 | Medicamentos       | Dosis, hora y vía en que se administro el medicamento.   |
| 23 | Observaciones      | Los aspectos relevantes de la evolución del paciente y cuidados de enfermería, al final anotara su nombre completo la enfermera (o) responsable. |

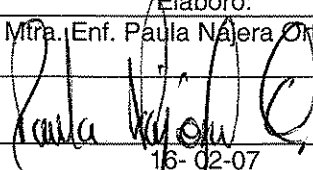
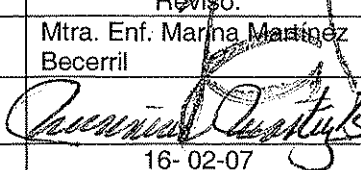
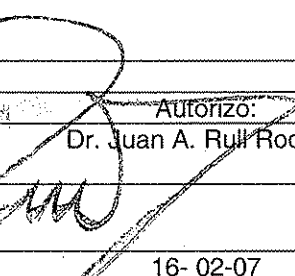
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |


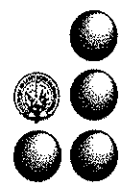




|   |  |   |         |
|---|--|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                              |   | HOJA:69 |
|   | <b>8. Procedimiento para Registro de Informe de Enfermería</b> |   | DE: 341 |

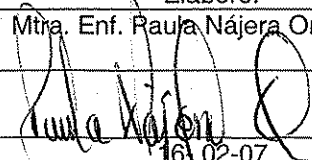
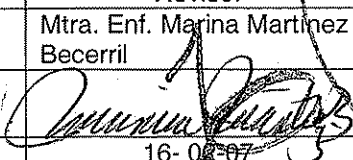
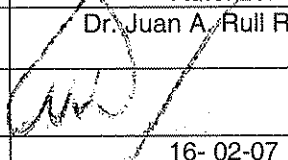
**8.- PROCEDIMIENTO PARA REGISTRO DE INFORME DE ENFERMERÍA**


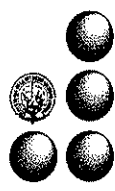
| CONTROL DE EMISION |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizo:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |         |
|---|--|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>            |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                              |   | HOJA:70 |
|   | <b>8. Procedimiento para Registro de Informe de Enfermería</b> |   | DE: 341 |

**OBJETIVO**

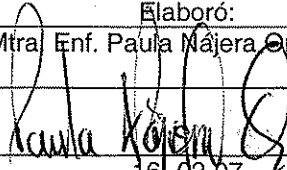
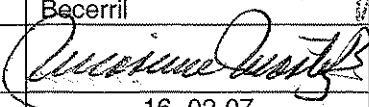
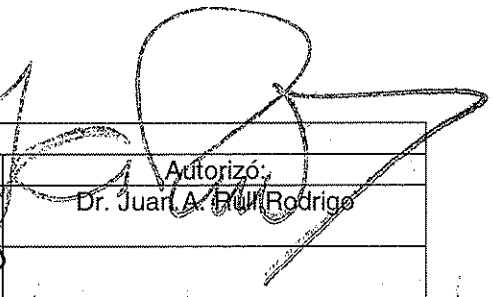
Contar con un instrumento administrativo que mida la productividad y calidad de los cuidados de enfermería en los servicios de hospitalización 1º, 2º, 3º y 4º pisos.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |


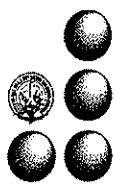
|   |  |   |         |
|---|--|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>            |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                              |   | HOJA:71 |
|   | <b>8. Procedimiento para Registro de Informe de Enfermería</b> |   | DE: 341 |

**POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN**


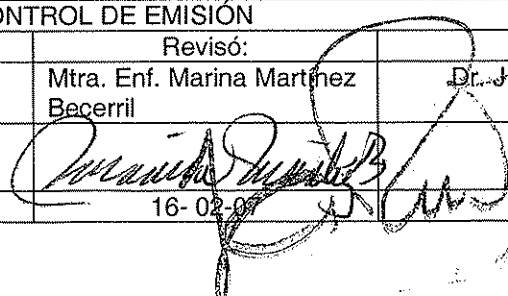
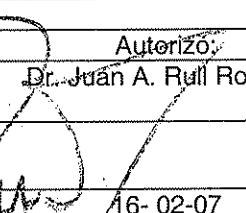
- 1.- A todo paciente que ingrese a los servicios de hospitalización de Medicina Interna en 1º, 2º, 3º y 4º pisos procedentes de admisión, se iniciará la hoja de enfermería.
- 2.- Se registrará de forma continua la información que se requiera del paciente.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Buitrago Rodríguez  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



|   |  |   |         |
|---|--|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                              |   | HOJA:72 |
|   | <b>8. Procedimiento para Registro de Informe de Enfermería</b> |   | DE: 341 |

| UNIDAD O PERSONAS QUE INTERVIENEN | NÚMERO DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD   |
|-----------------------------------|---------------------|---|
| Enfermera                         | 1                   | Coloca la etiqueta de código de barras que identifica al paciente.  |
|                                   | 2                   | Registra los datos personales del paciente.   |
|                                   | 3                   | Registra signos vitales y otros parámetros (glucoaceturias, diuresis, guayaco, etc.) que se requieren del paciente.   |
|                                   | 4                   | Registro de terapéuticas y medicamentos, vía, horario y dosis durante las 24 horas.<br>El registro se hace con tinta azul en los tres turnos.   |
|                                   | 5                   | Registro de líquidos parenterales, hemoderivados, electrolitos y oligoelementos que se requiera.  |
|                                   | 6                   | Se registran las observaciones que hace la enfermera de la evolución y cuidados del paciente durante el turno, al finalizar anotará el nombre completo la enfermera (o) responsable.<br><b>FIN DEL PROCEDIMIENTO.</b> |

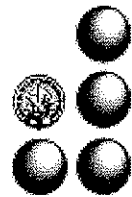
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

## Subdirección de Enfermería

### 8.- Procedimiento para Registro de Informe de Enfermería

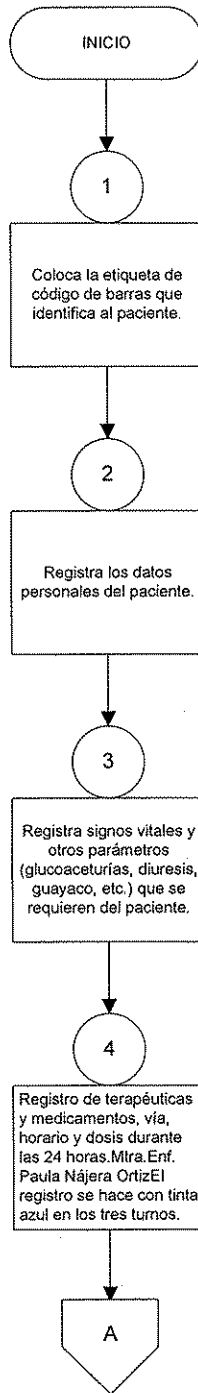


REV:

HOJA:  
73

DE: 341

Enfermera



#### CONTROL DE EMISION

Elaboró:

Revisó:

Autorizó:

Nombre:

Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz

Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril

Dr. Juan A. Rull Rodríguez

Firma:

Fecha:

16-02-07

16-02-07

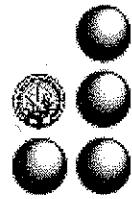
16-02-07



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

## Subdirección de Enfermería

### 8.- Procedimiento para Registro de Informe de Enfermería

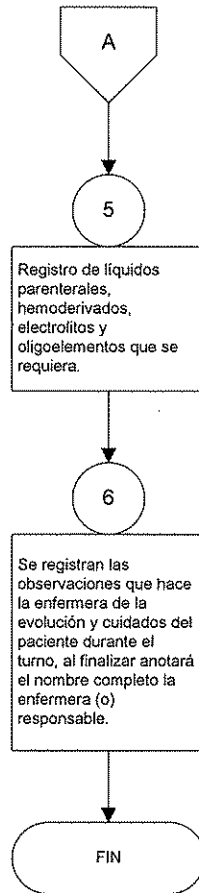


REV:

HOJA:  
74

DE: 341

Enfermera



#### CONTROL DE EMISIÓN

Elaboró:

Revisó:

Autorizó:

Nombre:

Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz

Mtra. Enf. Marina Martínez Becerra

Dr. Juan A. Rull Rodrigo


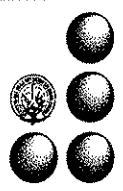
Firma:

Fecha:

16-02-07

16-02-07

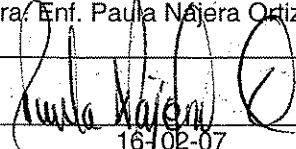
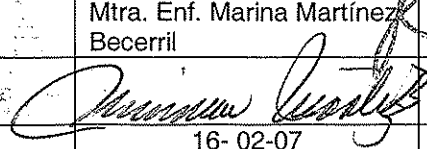
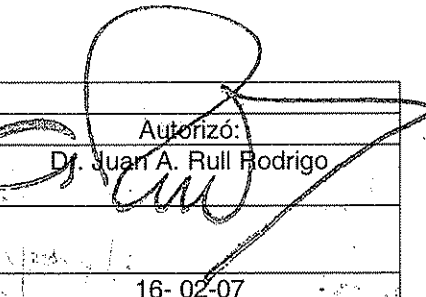
16-02-07


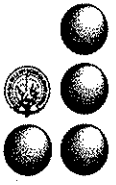
|   |  |   |         |
|---|--|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                              |   | HOJA:75 |
|   | <b>8. Procedimiento para Registro de Informe de Enfermería</b> |   | DE: 341 |

**FORMATO E INSTRUCTIVO:**

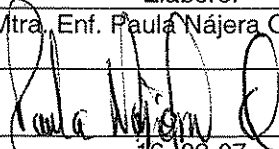
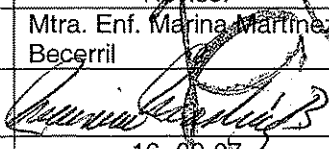
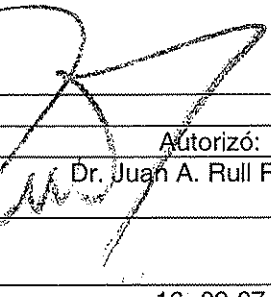
**FORMATO: DE REGISTRO DE INFORME DE ENFERMERÍA**

| No. | CONCEPTO  | SE ANOTARÁ   |
|-----|---|--|
| 1   | Etiqueta de Barra   | Colocar la etiqueta de barras con el nombre y registro del paciente.   |
| 2   | Nombre  | Nombre completo del paciente.  |
| 3   | Registro  | Número de expediente del paciente.   |
| 4   | Sector  | El número del sector al que corresponde.   |
| 5   | Fecha de ingreso  | Día, Mes y Año en que el paciente ingresa al servicio.   |
| 6   | Cama  | No. de cama asignada.  |
| 7   | Fecha   | Día, Mes y Año.  |
| 8   | Diagnóstico   | El diagnóstico del paciente.   |
| 9   | Temperatura   | Se anotará con una cruz (+) pequeña de color rojo en gráfica.  |
| 10  | Presión Arterial y Frecuencia Cardíaca  | Se anotará como se muestra en la gráfica con tinta azul, la frecuencia cardíaca se anotará con un punto y la frecuencia respiratoria se anotará con número.                              |
| 11  | Peso / Per. Abdominal   | En kilogramos se anota el peso y el perímetro abdominal en centímetros.  |
| 12  | Glasgow   | Según escala con número.   |
| 13  | Dextrostix  | Según escala con número.   |
| 14  | Glucoacetoneurias   | Negativa o positiva.   |
| 15  | Sangre oculta en heces  | Positivo, negativo o huellas   |
| 16  | Ingresos  | Las infusiones de soluciones, medicamentos que requieren dilución si tiene vía oral el paciente o alimentación enteral. Se anotará lo que ingresa por hora o el total que se administra. |
| 17  | Balance parcial de ingresos   | Total de ingresos por turno.   |
| 18  | Egresos   | Los egresos que tuvo el paciente en mililitros.  |
| 19  | Balance parcial de egresos  | Total de egresos del paciente por turno.   |
| 20  | Balance Total de ingresos.<br>Balance de egresos.<br>Balance Total de ingresos-egresos del balance Acumulado. | El personal del turno nocturno realiza las operaciones matemáticas para realizar los balances de 24 horas.   |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |         |
|---|--|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                              |   | HOJA:76 |
|   | <b>8. Procedimiento para Registro de Informe de Enfermería</b> |   | DE: 341 |

| No. | CONCEPTO           | SE ANOTARÁ  |
|-----|--------------------|---|
| 21  | Catéteres y Sondas | La fecha en que se instalaron los catéteres y las sondas.   |
| 22  | Medicamentos       | Dosis, vía y hora en que se administro el medicamento.  |
| 23  | Observaciones      | Registran las observaciones que hace la enfermera de la evolución y cuidados del paciente durante el turno, al finalizar anotará el nombre completo la enfermera (o) responsable. |

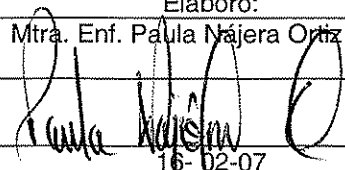
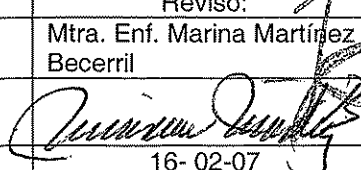
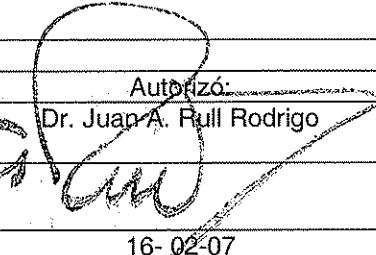
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |





|   |  |   |         |
|---|--|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                            |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA:78 |
|   | <b>9. Procedimiento para Hoja de Registro de Trasplante de Medula Ósea</b> |   | DE: 341 |

**9.- PROCEDIMIENTO PARA HOJA DE REGISTRO DE TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA**

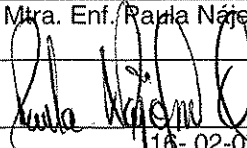
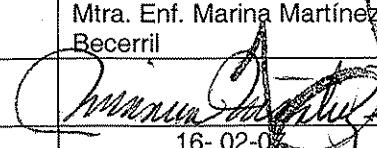
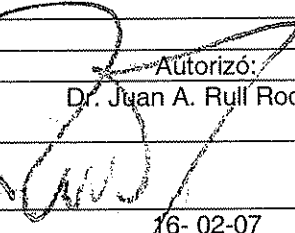
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Full Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



|   |  |   |         |
|---|--|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>                            |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA:79 |
|   | <b>9. Procedimiento para Hoja de Registro de Trasplante de<br/>Medula Ósea</b> |   | DE: 341 |

**OBJETIVO**

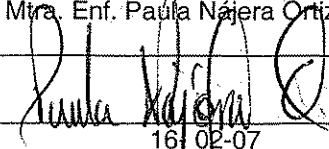
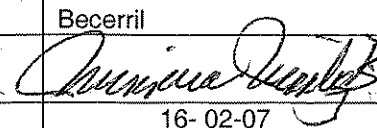
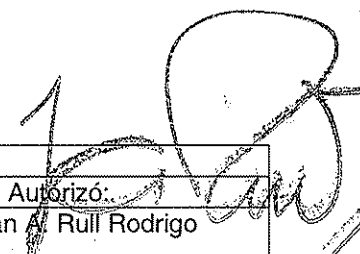
Contar con un documento administrativo para el registro y control del estado hemodinámico del paciente sometido a trasplante de médula ósea.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paola Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |         |
|---|--|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                            |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA:80 |
|   | <b>9. Procedimiento para Hoja de Registro de Trasplante de Medula Ósea</b> |   | DE: 341 |

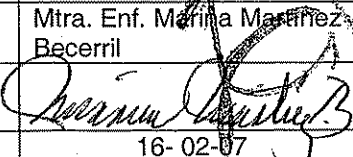
**POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN**

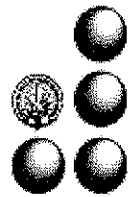
1.- Iniciar la hoja de registro de trasplantes de médula ósea a todo paciente que ingresa al servicio.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |         |
|---|--|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                            |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA:81 |
|   | <b>9. Procedimiento para Hoja de Registro de Trasplante de Medula Ósea</b> |   | DE: 341 |

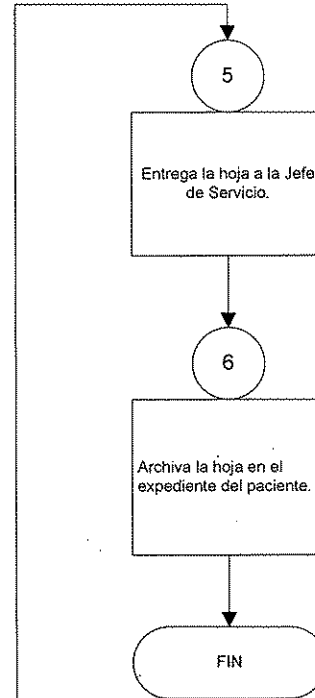
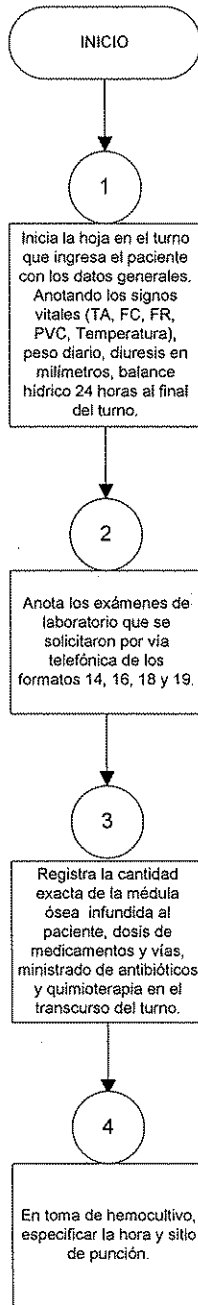
| UNIDAD O PERSONAS QUE INTERVIENEN | NÚMERO DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD   |
|-----------------------------------|---------------------|---|
| Enfermera General                 | 1                   | Inicia la hoja en el turno que ingresa el paciente con los datos generales. Anotando los signos vitales (TA, FC, FR, PVC, Temperatura), peso diario, diuresis en milímetros, balance hídrico 24 horas al final del turno. |
|                                   | 2                   | Anotar los exámenes de laboratorio que se solicitaron por vía telefónica de los formatos 14, 16, 18 y 19.   |
|                                   | 3                   | Registrar la cantidad exacta de la médula ósea infundida al paciente, dosis de medicamentos y vías, ministrado de antibióticos y quimioterapia en el transcurso del turno.  |
|                                   | 4                   | En toma de hemocultivo, especificar la hora y sitio de punción.   |
| Médico de Oncología               | 5                   | Entrega la hoja a la Jefe de Servicio.  |
|                                   | 6                   | Archiva la hoja en el expediente del paciente.<br><br><b>FIN DEL PROCEDIMIENTO.</b>   |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |




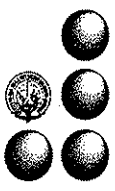
Enfermera General

Medico de Oncología



**CONTROL DE EMISION**

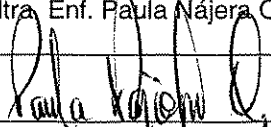
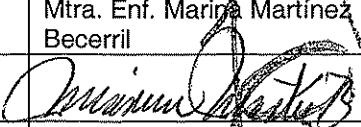
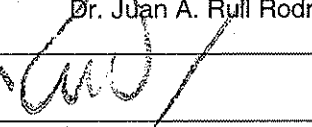
|         | Elaboró:                      | Revisó:                            | Autorizó:                |
|---------|-------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| Nombre: | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerra | Dr. Juan A. Rull Rodrigo |
| Firma:  | <i>[Firma]</i>                | <i>[Firma]</i>                     | <i>[Firma]</i>           |
| Fecha:  | 16-02-07                      | 16-02-07                           | 16-02-07                 |

|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>                            |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA: 83 |
|   | <b>9. Procedimiento para Hoja de Registro de Trasplante de<br/>Medula Ósea</b> |   | DE: 341  |

**FORMATO E INSTRUCTIVOS.**

**FORMATO: HOJA DE REGISTRO DE TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA**

| No. | CONCEPTO  | SE ANOTARÁ  |
|-----|---|---|
| 1   | Nombre  | Nombre completo del paciente.                                   |
| 2   | Edad  | Con número los años cumplidos del paciente.                     |
| 3   | Cama  | No. de cama del paciente.                                       |
| 4   | Fecha de ingreso                                      | Día, Mes y Año en que ingreso el paciente.                      |
| 5   | Diagnóstico   | De base y tipo de trasplante.                                   |
| 6   | Fecha   | Día, Mes y Año.   |
| 7   | Temperatura<br>T.A., F.C., F.R.                       | Signos vitales por hora.  |
| 8   | Peso  | En kilogramos.  |
| 9   | Diuresis  | En mililitros por hora.   |
| 10  | Balance hídrico.                                      | Por turno de 24 horas.  |
| 11  | Médula  | En mililitros la cantidad infundida y reportarla en tinta roja. |
| 12  | Sangre.,<br>Hemostasia., Inmuno.,<br>Función hepática | Resultados de laboratorio.                                      |
| 13  | Hemocultivo   | Hora y sitio de punción.  |
| 14  | Quimioterapia   | Que se le administra al paciente así como dosis y vía.          |
| 15  | Transfusión   | Hemoderivados que se le apliquen al paciente.                   |
| 16  | Medicamentos.,<br>Otros                               | Dosis y vía de ministración.                                    |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

# INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION "SALVADOR ZUBIRAN"

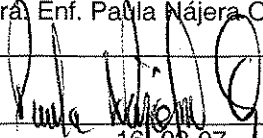
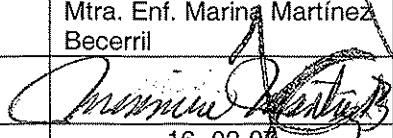
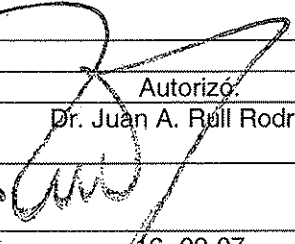
## HOJA DE REGISTRO DE TRANSPLANTE DE M.O.

REV:  
HOJA: 84  
DE: 341

|                   |   |                                 |      |  |   |                |   |                    |
|-------------------|---|---------------------------------|------|--|---|----------------|---|--------------------|
|                   | 6   | 1 NOMBRE:<br>FECHA DE INGRESO 4 |      |  | 2 | EDAD:<br>DX: 5 | 3 | CAMA:<br>REGISTRO: |
| 7                 | FECHA                                       |                                 |      |  |   |                |   |                    |
| TEM               | T.A.  | F.C.                            | F.R. |  |   |                |   |                    |
| 41°               | 25°   | 250                             | 50   |  |   |                |   |                    |
| 40°               | 20°   | 200                             | 40   |  |   |                |   |                    |
| 39°               | 15°   | 150                             | 30   |  |   |                |   |                    |
| 38°               | 10°   | 100                             | 20   |  |   |                |   |                    |
| 37°               | 5°  | 50                              | 10   |  |   |                |   |                    |
| 36°               | 0°  | 0                               | 0    |  |   |                |   |                    |
| 8                 | PESO  |                                 |      |  |   |                |   |                    |
| 9                 | DIURESIS                                    |                                 |      |  |   |                |   |                    |
| 10                | BALANCE                                     |                                 |      |  |   |                |   |                    |
| SANGRE            | HEMOGLOBINA                                 |                                 |      |  |   |                |   |                    |
|                   | HEMATOCRITO                                 |                                 |      |  |   |                |   |                    |
|                   | LEUCOCITOS                                  |                                 |      |  |   |                |   |                    |
|                   | NEUTROFILOS 12                              |                                 |      |  |   |                |   |                    |
|                   | MONOCITOS                                   |                                 |      |  |   |                |   |                    |
| HEMOSTASIA        | PLAQUETAS                                   |                                 |      |  |   |                |   |                    |
|                   | T.P.  |                                 |      |  |   |                |   |                    |
|                   | T.T.P.                                      |                                 |      |  |   |                |   |                    |
|                   | T.T.  |                                 |      |  |   |                |   |                    |
|                   | FIBRINOGENO 12                              |                                 |      |  |   |                |   |                    |
| QUIMICA SANGUINEA | GLUCOSA                                     |                                 |      |  |   |                |   |                    |
|                   | BUN   |                                 |      |  |   |                |   |                    |
|                   | UREA  |                                 |      |  |   |                |   |                    |
|                   | CREATININA                                  |                                 |      |  |   |                |   |                    |
|                   | ACIDO URICO                                 |                                 |      |  |   |                |   |                    |
|                   | SODIO 12                                    |                                 |      |  |   |                |   |                    |
|                   | POTASIO                                     |                                 |      |  |   |                |   |                    |
|                   | CLORO                                       |                                 |      |  |   |                |   |                    |
|                   | CO2 TOTAL                                   |                                 |      |  |   |                |   |                    |
|                   | CALCIO                                      |                                 |      |  |   |                |   |                    |
|                   | COLESTEROL                                  |                                 |      |  |   |                |   |                    |
|                   | FOSFORO/MAGNESIO                            |                                 |      |  |   |                |   |                    |
|                   | PROTEINAS TOTALES                           |                                 |      |  |   |                |   |                    |
|                   | ALBUMINA                                    |                                 |      |  |   |                |   |                    |
|                   | GLOBULINAS 12                               |                                 |      |  |   |                |   |                    |
| FUNCION HEP.      | BILIRRUBINAS TOTALES                        |                                 |      |  |   |                |   |                    |
|                   | BILIRRUBINA DIRECTA / BILIRRUBINA INDIRECTA |                                 |      |  |   |                |   |                    |
|                   | ALT / ALS                                   |                                 |      |  |   |                |   |                    |
|                   | FOSFATASA ALCALINA                          |                                 |      |  |   |                |   |                    |
|                   | NIVELES CICLOSPORINA                        |                                 |      |  |   |                |   |                    |
| CULTIVOS          | HEMOCULTIVOS                                |                                 |      |  |   |                |   |                    |
|                   | UROCULTIVO 13                               |                                 |      |  |   |                |   |                    |
|                   | COPROCULTIVO                                |                                 |      |  |   |                |   |                    |
| ANTIBIOTICOS      | 14  |                                 |      |  |   |                |   |                    |
|                   | HEMOGLOBINA                                 |                                 |      |  |   |                |   |                    |
|                   | PLAQUETAS 15                                |                                 |      |  |   |                |   |                    |
|                   | LEUCOCITOS                                  |                                 |      |  |   |                |   |                    |
|                   | 16  |                                 |      |  |   |                |   |                    |
| OTROS             | 16  |                                 |      |  |   |                |   |                    |

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA: 85 |
|   | <b>10. Procedimiento para Registro de Tarjeta de<br/>Tratamiento y Cuidados de Enfermería</b> |   | DE: 341  |

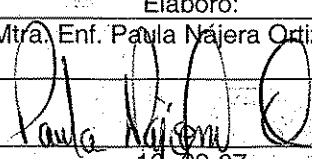
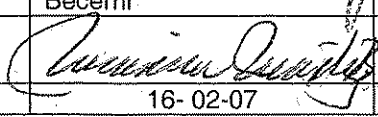
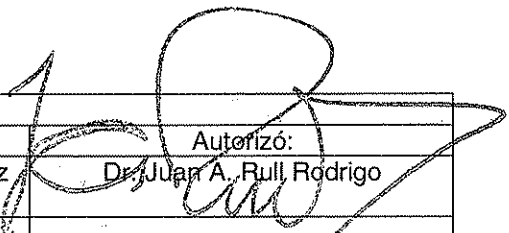
**10.- PROCEDIMIENTO PARA REGISTRO DE TARJETA DE TRATAMIENTO Y CUIDADOS DE  
ENFERMERÍA**

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |


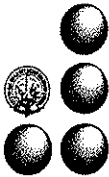
|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA: 86 |
|   | <b>10. Procedimiento para Registro de Tarjeta de Tratamiento y Cuidados de Enfermería</b> |   | DE: 341  |

**OBJETIVO**

Contar con un instrumento administrativo que permita integrar los datos generales del paciente, tratamiento médico y cuidados específicos de enfermería en forma precisa.

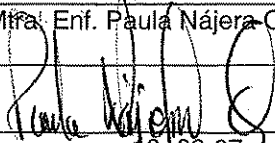
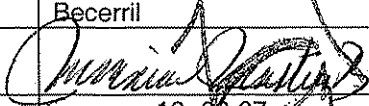
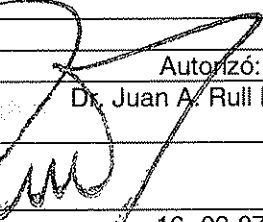
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |


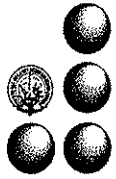


|   |   |   |         |
|---|---|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:87 |
|   | <b>10. Procedimiento para Registro de Tarjeta de Tratamiento y Cuidados de Enfermería</b> |   | DE: 341 |

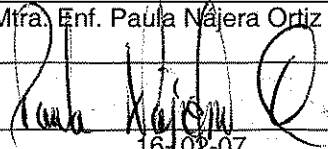
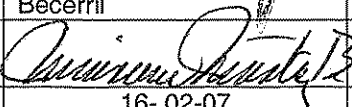

**POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN**

- 1.- A todo paciente que ingresa a los servicios de hospitalización, procedentes de Admisión, Urgencias, Unidad de Terapia Intensiva e Intermedia ó de la Unidad de Estancia Corta, se asignará una tarjeta de tratamiento y Cuidados de enfermería.
- 2.- La tarjeta de tratamientos y cuidados de enfermería se llenará y actualizará, cuantas veces sean necesario de las indicaciones médicas.
- 3.- La tarjeta se desechará al egresar el paciente.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA: 88 |
|   | <b>10. Procedimiento para Registro de Tarjeta de Tratamiento y Cuidados de Enfermería</b> |   | DE: 341  |

| UNIDAD O PERSONAS QUE INTERVIENEN | NÚMERO DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD  |
|-----------------------------------|---------------------|--|
| Enfermera de Hospitalización      | 1                   | Registra en la tarjeta el tratamiento y cuidados específicos de enfermería, los datos generales del paciente, en cuanto ingresa al servicio. |
|                                   | 2                   | Las indicaciones médicas se pasarán a la tarjeta asignando el horario a los medicamentos según lo establecido en el instituto.               |
|                                   | 3                   | Actualizará cuantas veces sea necesario en los diferentes turnos la tarjeta de tratamiento y cuidados de enfermería.                         |
|                                   | 4                   | El día que egresa el paciente se desecha la tarjeta.<br><b>FIN DEL PROCEDIMIENTO.</b>  |

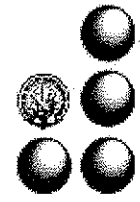
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Full Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

## Subdirección de Enfermería

### 10.- Procedimiento para Registro de Tarjeta de Tratamiento y Cuidados de Enfermería

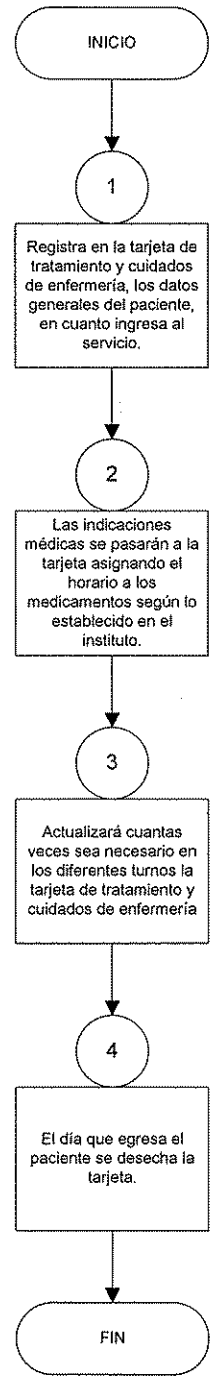


REV:

HOJA: 89

DE: 341

#### Enfermera de Hospitalización



#### CONTROL DE EMISION

Elaboró:

Revisó:

Autorizó:

Nombre:

Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz

Mtra. Enf. Marina Martínez Becerra

Dr. Juan A. Rull Rodrigo


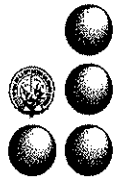
Firma:

Fecha:

16-02-07

16-02-07

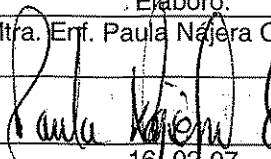
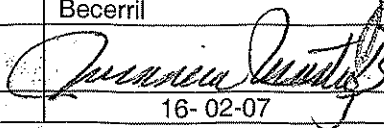
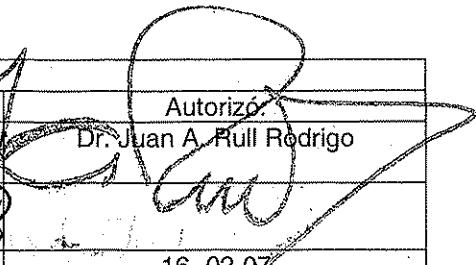
16-02-07


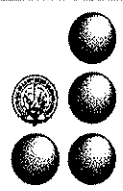
|   |   |   |         |
|---|---|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:90 |
|   | <b>10. Procedimiento para Registro de Tarjeta de Tratamiento y Cuidados de Enfermería</b> |   | DE: 341 |

**FORMATO E INSTRUCTIVOS.**

**FORMATO: REGISTRO DE TARJETA DE TRATAMIENTO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

| No. | CONCEPTO  | SE ANOTARÁ   |
|-----|---|--|
| 1   | Diagnóstico                                     | Padecimiento de base y el motivo por el que se ingresa al paciente.  |
| 2   | Sala  | Número del sector al que pertenece la cama.  |
| 3   | Fecha   | Día, Mes y Año de ingreso al servicio de cirugía y / o del traslado a otro servicio, etc.                                |
| 4   | Signos Vitales, Dieta, Pesos, P.A., y Reactivos | Según la indicación médica, la frecuencia y el tipo de dieta.  |
| 5   | Medicamentos                                    | De acuerdo a lo indicado por el medico, se apuntan los medicamentos que recibirá el paciente con el horario establecido. |
| 6   | Cuidados Generales                              | La enfermera anotará los cuidados específicos de acuerdo al padecimiento y condiciones del paciente.                     |
| 7   | Cama  | No. de cama asignada al paciente.  |
| 8   | Nombre  | Nombre completo del paciente.  |
| 9   | Registro  | Número de expediente del paciente.   |
| 10  | Clasificación.                                  | El nivel socioeconómico asignado al paciente por la trabajadora social.  |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |         |
|---|---|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:91 |
|   | <b>10. Procedimiento para Registro de Tarjeta de Tratamiento y Cuidados de Enfermería</b> |   | DE: 341 |

**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION  
SALVADOR ZUBIRAN**

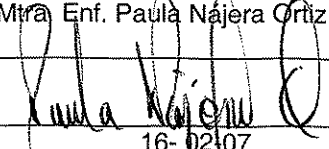
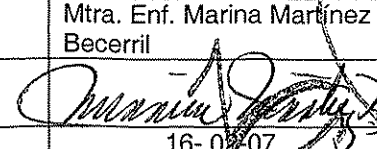
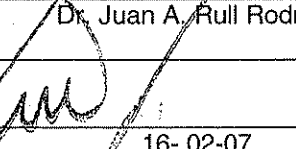
**TARJETA DE TRATAMIENTO  
CUIDADOS DE ENFERMERIA 1**


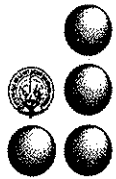
SALA 2

| 3<br>Fecha | 4<br>Dieta       | 5<br>Medicamentos | 6<br>Cuidados Generales |
|------------|------------------|-------------------|-------------------------|
|            | Líquidos         |                   |                         |
|            | T. P. R.         |                   |                         |
|            | T. A.            |                   |                         |
|            | Peso             |                   |                         |
|            | P Abdominal      |                   |                         |
|            | Diuresis         |                   |                         |
|            | Glucosuria       |                   |                         |
|            | Acetonuria       |                   |                         |
|            | P. Guayaco       |                   |                         |
|            | Baño             |                   |                         |
|            | Actividad        |                   |                         |
|            | Balance Estricto |                   |                         |

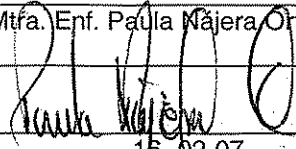
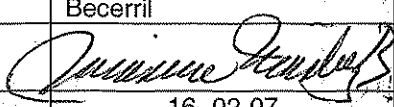
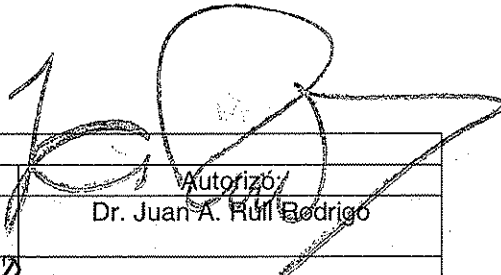
|        |          |            |                  |
|--------|----------|------------|------------------|
| CAMA 7 | NOMBRE 8 | REGISTRO 9 | CLASIFICACION 10 |
|--------|----------|------------|------------------|


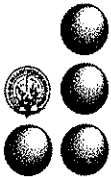
20017100

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |         |
|---|--|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                        |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                                      |   | HOJA:92 |
|   | <b>11. Procedimiento para Transfusión de Hemoderivados a Pacientes</b> |   | DE: 341 |

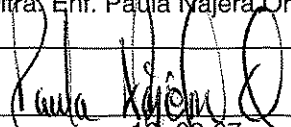
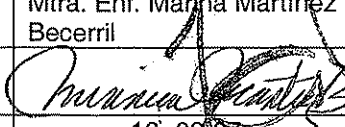
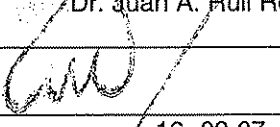
**11.- PROCEDIMIENTO PARA TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS A PACIENTES**

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 15-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>                    |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                                      |   | HOJA: 93 |
|   | <b>11. Procedimiento para Transfusión de Hemoderivados a Pacientes</b> |   | DE: 341  |

**OBJETIVO**

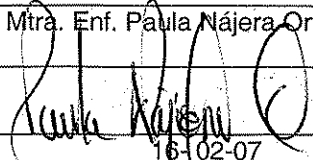
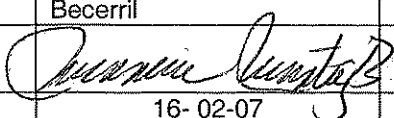
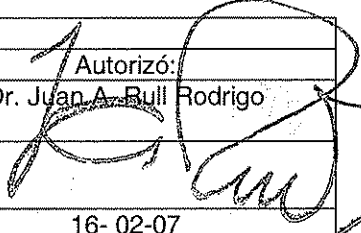
Contar con un documento administrativo para proporcionar y llevar un control de los hemoderivados, que requiera el paciente para su tratamiento

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                        |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                                      |   | HOJA: 94 |
|   | <b>11. Procedimiento para Transfusión de Hemoderivados a Pacientes</b> |   | DE: 341  |

**POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN**

- 1.- Se deberá entregar solicitud con datos del paciente para obtener hemoderivados del banco de sangre.
- 2.- Cuando el paciente requiera paquete globular se debe enviar previamente un tubo sin anticoagulante con 6 milímetros de sangre para pruebas cruzadas.
- 3.- Los hemoderivados se entregarán junto con la tarjeta de datos de identificación del paciente.

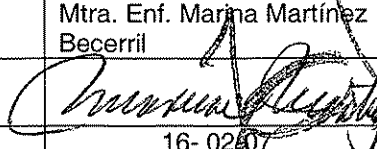
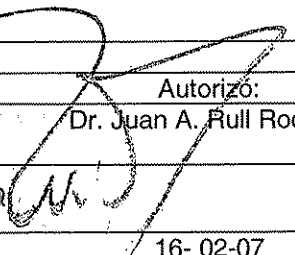
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Bull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



|   |  |   |         |
|---|--|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                        |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                                      |   | HOJA:95 |
|   | <b>11. Procedimiento para Transfusión de Hemoderivados a Pacientes</b> |   | DE: 341 |

| UNIDAD O PERSONAS QUE INTERVIENEN        | NÚMERO DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD   |
|--|---------------------|---|
| Donador                                  | 1                   | Solicita ficha para donación en recepción de Banco de Sangre, puede ser donador altruista ó familiar de paciente hospitalizado.   |
| Recepcionista                            | 2                   | Le proporciona ficha y hoja de autoexclusión.   |
|  | 3                   | Si cubre los requisitos para donador le toman datos en la solicitud.  |
| Enfermera de Donadores                   | 4                   | Le toman muestra sanguínea para biometría hemática al paciente.   |
| Medico                                   | 5                   | Con los resultados de la biometría hemática y hoja de datos, efectúa historia clínica al paciente y lo pasa con la enfermera.   |
| Enfermera de Donadores                   | 6                   | Realiza la flebotomía, separación de hemoderivados, llenando la tarjeta en la parte superior con los datos del donador, fecha de extracción, grupo y RH sanguíneo.  |
| Banco de Sangre                          | 7                   | Almacena el hemoderivado hasta que se requiera.   |
| Medico                                   | 8                   | Indica y elabora solicitud de hemoderivados para pacientes hospitalizados y externos.   |
| Enfermera de Hospitalización o Donadores | 9                   | Toma muestra sanguínea al receptor y la envía al banco de sangre.   |
| Banco de Sangre                          | 10                  | Cruce y tipificación.   |
| Enfermera de Hospitalización             | 11                  | Solicita hemoderivados al banco de sangre una vez que confirma que el paciente no tiene contra indicaciones para ser transfundido.  |
|  | 12                  | Solicita autorización para la transfusión al médico del sector y supervisa, cotejando los datos de la tarjeta y el hemoderivado.  |
|  | 13                  | Instala venoclisis para la transfusión.   |
|  | 14                  | Llena la parte inferior de la tarjeta anotando el nombre completo del paciente, registro, No. de cama, fecha, volumen a transfundir, señala el tipo de hemoderivado, al reverso de la tarjeta anotando la hora, temperatura, nombre y la firma de quien instalo la transfusión. |
| Jefe de Servicio                         | 15                  | Confirmará que la tarjeta, de la parte superior sea devuelta al banco de sangre y la inferior a cuentas por cobrar.   |

**FIN DEL PROCEDIMIENTO.**

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

Subdirección de Enfermería

## 11.- Procedimiento para Transfusión de Hemoderivados a Paciente

**SALUD**

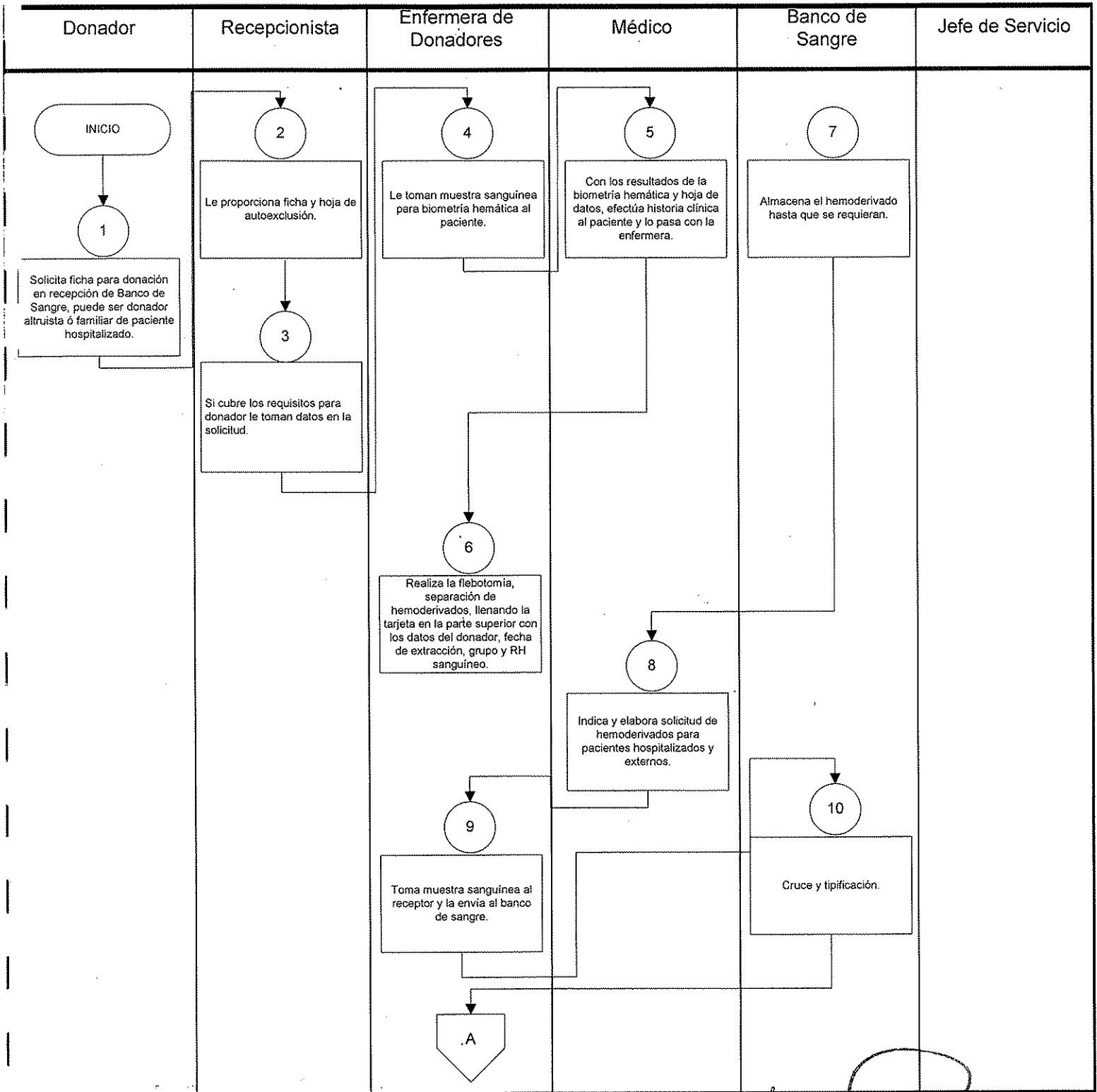
SECRETARÍA DE SALUD



REV:

HOJA: 96

DE: 341



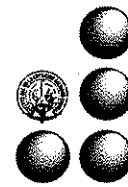
### CONTROL DE EMISIÓN

|        | Elaboró:                      | Revisó:                            | Autorizó                 |
|--------|-------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| Nombre | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerra | Dr. Juan A. Rull Rodrigo |
| Firma  |                               |                                    |                          |
| Fecha  | 16-02-07                      | 16-02-07                           | 16-02-07                 |

# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

Subdirección de Enfermería

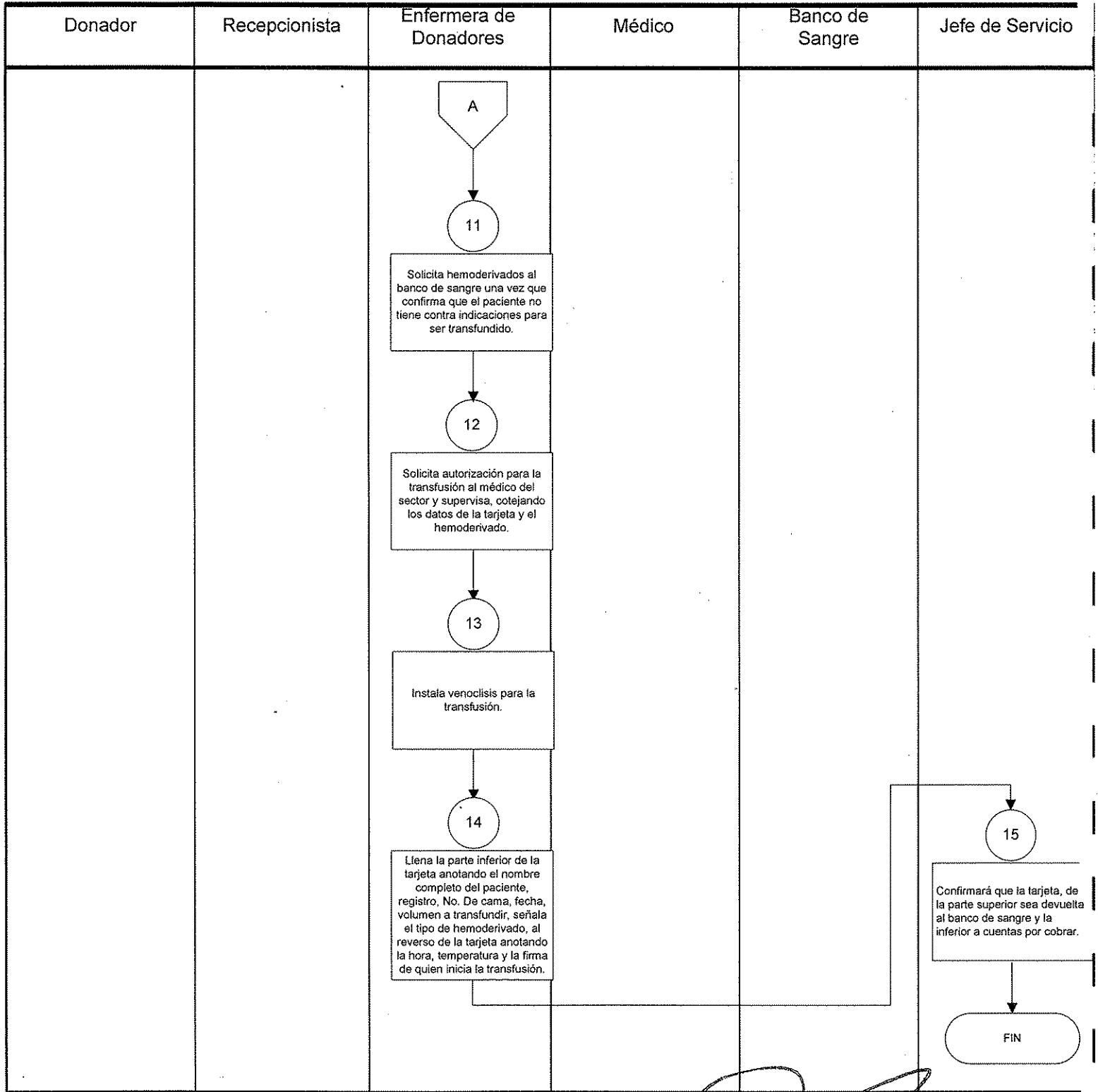
## 11.- Procedimiento para Transfusión de Hemoderivados a Paciente



REV:


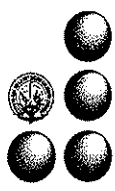
HOJA: 97

DE: 341



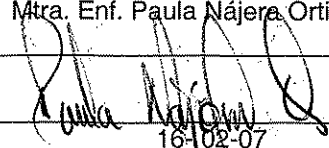
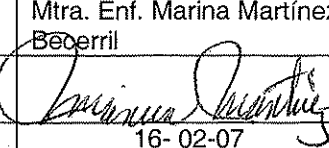
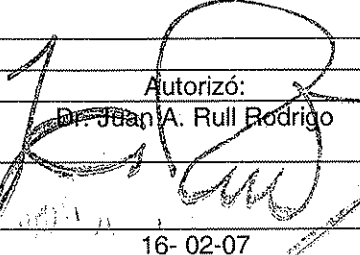
### CONTROL DE EMISIÓN

|        | Elaboró:                      | Revisó:                             | Autorizó                    |
|--------|-------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| Nombre | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril | Dr. Juan A. Rull Rodrigo    |
| Firma  | <i>Paula Najera Ortiz</i>     | <i>Marina Martínez Becerril</i>     | <i>Juan A. Rull Rodrigo</i> |
| Fecha  | 16-02-07                      | 16-02-07                            | 16-02-07                    |

|   |  |   |         |
|---|--|---|---------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                        |  | REV:    |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                                      |   | HOJA:98 |
|   | <b>11. Procedimiento para Transfusión de Hemoderivados a Pacientes</b> |   | DE: 341 |

**FORMATO E INSTRUCTIVOS.**  
**FORMATO: DE FICHA DE BANCO DE SANGRE**

| No. | CONCEPTO                      | SE ANOTARÁ   |
|-----|-------------------------------|--|
| 1   | Fecha de extracción           | El día, mes y año en que se extrajo el hemoderivado.   |
| 2   | Donador                       | Nombre completo.   |
| 3   | Grupo R.H.                    | El grupo sanguíneo y el factor R.H. del donador.   |
| 4   | Cama                          | No. de cama de los posibles receptores de hemoderivado.  |
| 5   | Receptor                      | Nombre completo del receptor.  |
| 6   | Enfermo                       | Nombre completo del paciente.  |
| 7   | Exp. No.                      | No. De expediente del paciente.  |
| 8   | Cama                          | No. de cama del paciente.  |
| 9   | Fecha                         | El día que se realiza la transfusión del hemoderivado.   |
| 10  | Volumen transfundido          | Los mililitros que indica la bolsa.  |
| 11  | Tipo de hemoderivado          | Marcar con una cruz (X) el tipo de hemoderivado (sangre, plasma, plaquetas, factor VIII).  |
| 12  | Receptor                      | Nombre completo del paciente.  |
| 13  | Cama                          | No. de cama del paciente.  |
| 14  | No. de Exp.                   | No. De expediente del paciente.  |
| 15  | Hora de inicio de transfusión | Hora en que se inicia la transfusión al paciente.  |
| 16  | Temperatura inicial           | Temperatura del paciente antes de iniciar la transfusión.  |
| 17  | Firma                         | Nombre completo de la enfermera que inicia la transfusión.   |
| 18  | Fecha                         | El día de la transfusión.  |
| 19  | Reacciones                    | Anotar con una cruz el grado de reacción que presente el paciente.<br>Día, Mes y Año de ingreso al servicio de cirugía y /o del traslado a otro servicio, etc. |
| 20  | Temp. Final                   | Temperatura del paciente al finalizar la transfusión.  |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |            |
|---|--|---|------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                        |  | REV: _____ |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                                      |   | HOJA: 99   |
|   | <b>11. Procedimiento para Transfusión de Hemoderivados a Pacientes</b> |   | DE: 341    |



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS  
Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRAN  
AV. SAN FERNANDO Y VIADUCTO TLALPAN  
BANCO DE SANGRE**

Fecha de extracción: 1 \_\_\_\_\_

Donador: 2 \_\_\_\_\_ Gpo. Rh. 3 \_\_\_\_\_

| Cama | Receptor |
|------|----------|
| 4    | 5        |
|      |          |
|      |          |
|      |          |
|      |          |
|      |          |
|      |          |

20016700



RECEPTOR 12 \_\_\_\_\_  
CAMA 13 \_\_\_\_\_ EXP. No. 14 \_\_\_\_\_

**INMEDIATAMENTE DESPUES DE TERMINADA LA TRANSFUSION LLENASE ESTE ESQUELETO O ENVIASE A LA OFICINA DE CONTROL DE CUENTAS.**

Enfermo: 6 \_\_\_\_\_

Exp. No. 7 \_\_\_\_\_ Cama 8 \_\_\_\_\_ Fecha 9 \_\_\_\_\_

Volúmen transfundido: 10 \_\_\_\_\_ ml. de

- 11  Sangre  Plasma  Plaquetas  Factor VIII  
20016700

**REACCIONES 19**  
(Señale con una cruz)

- GRADO 0 (NINGUNA) \_\_\_\_\_  
GRADO I (URTICARIA) \_\_\_\_\_  
GRADO II (FIEBRE) \_\_\_\_\_  
GRADO III (ESCALOFRIO INTENSO) \_\_\_\_\_  
GRADO IV (COLAPSO, GIANOSIS, DISNEA, DOLOR ETC.) \_\_\_\_\_

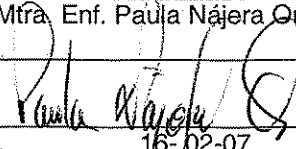
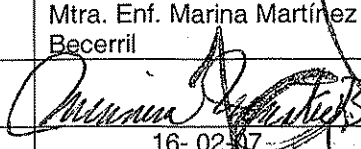
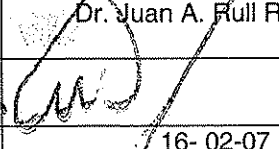
HORA DEL INICIO DE LA TRANSFUSION 15 \_\_\_\_\_

TEMP. INICIAL 16 \_\_\_\_\_ TEMP. FINAL 20 \_\_\_\_\_

FIRMA 17 \_\_\_\_\_

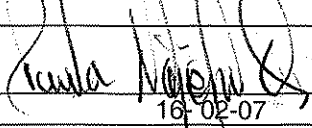
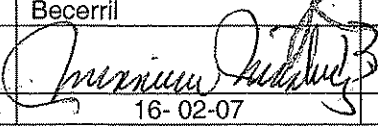
FECHA 18 \_\_\_\_\_

**Favor de Devolver al Banco de Sangre**

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                 |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                               |   | HOJA:100 |
|   | <b>12. Procedimiento para Registro de Actos Transfusionales</b> |   | DE: 341  |

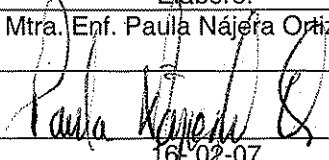
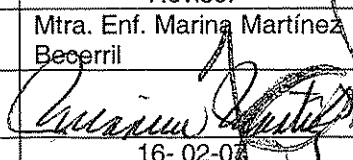
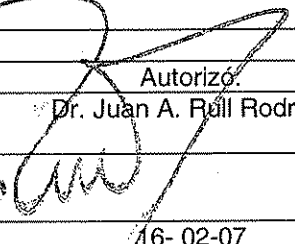
**12.- PROCEDIMIENTO PARA REGISTRO DE LOS ACTOS TRANSFUSIONALES**

| CONTROL DE EMISION |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizo:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                 |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                               |   | HOJA:101 |
|   | <b>12. Procedimiento para Registro de Actos Transfusionales</b> |   | DE: 341  |

**OBJETIVO**

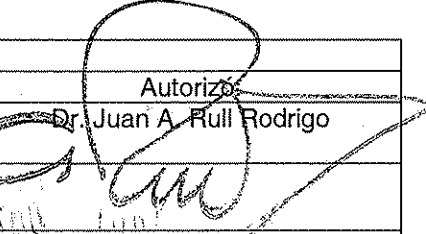
Contar con un instrumento administrativo para registrar las transfusiones y hemoderivados así como las reacciones adversas que pudieran presentar los pacientes.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Pail Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                 |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                               |   | HOJA:102 |
|   | <b>12. Procedimiento para Registro de Actos Transfusionales</b> |   | DE: 341  |

**POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN**

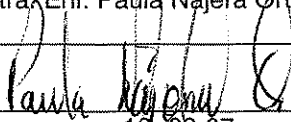
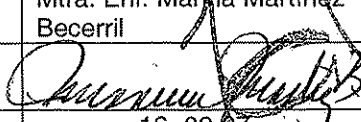
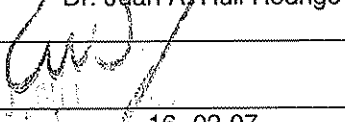
- 1.- Para todo paciente que requiera la transfusión de hemoderivados, se abrirá hoja de registro de actos transfusionales.
- 2.- La hoja de registro de actos transfusionales se utilizará cuantas veces sea necesaria hasta completar su llenado

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Full Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                 |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                               |   | HOJA:103 |
|   | <b>12. Procedimiento para Registro de Actos Transfusionales</b> |   | DE: 341  |

| UNIDAD O PERSONAS QUE INTERVIENEN | NÚMERO DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD  |
|-----------------------------------|---------------------|--|
| Enfermera                         | 1                   | Registrar datos personales del paciente, llenando al inicio de la transfusión.   |
|                                   | 2                   | Registro de signos vitales, antes, durante y después de la transfusión del hemoderivado.   |
|                                   | 3                   | Al término del procedimiento se registrarán observaciones o incidentes, y/o durante la transfusión del hemoderivado.                 |
|                                   | 4                   | En hospitalización, la enfermera entregará la hoja a la agente de información para ser archivada en expediente.                      |
|                                   | 5                   | En el servicio de medicina transfusional la enfermera archivará la hoja directamente al expediente.<br><b>FIN DEL PROCEDIMIENTO.</b> |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

## Subdirección de Enfermería

### 12.- Procedimiento para Registro de los Actos Transfusionales

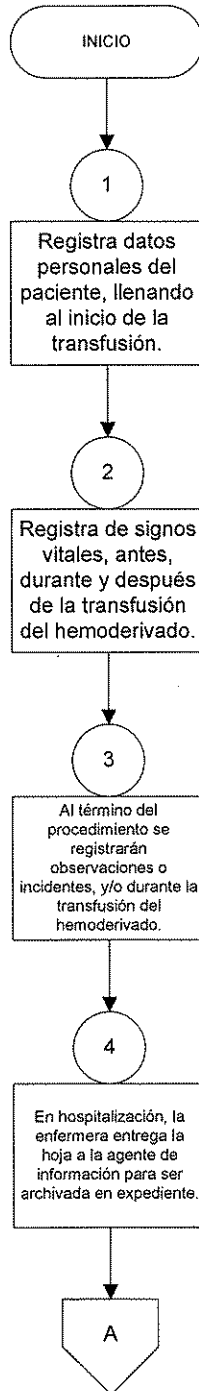


REV:

HOJA: 104

DE: 341

Enfermera



CONTROL DE EMISION

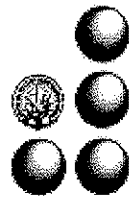
|         |                               |                                     |                             |
|---------|-------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|         | Elaboró:                      | Revisó:                             | Autorizo:                   |
| Nombre: | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril | Dr. Juan A. Rull Rodrigo    |
| Firma:  | <i>Paula Nájera Ortiz</i>     | <i>Marina Martínez Becerril</i>     | <i>Juan A. Rull Rodrigo</i> |
| Fecha:  | 16-02-07                      | 16-02-07                            | 16-02-07                    |



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

## Subdirección de Enfermería

### 12.- Procedimiento para Registro de los Actos Transfusionales

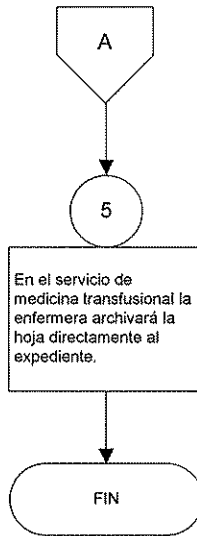


REV:

HOJA: 105

DE: 341

Enfermera



#### CONTROL DE EMISIÓN

Elaboró:

Revisó:

Autorizó:

Nombre:

Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz

Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril

Dr. Juan A. Rull Rodrigo


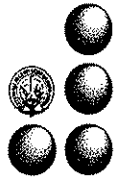
Firma:

Fecha:

16-02-07

16-02-07

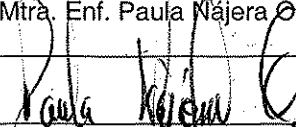
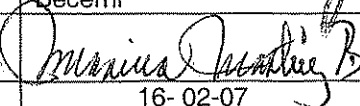
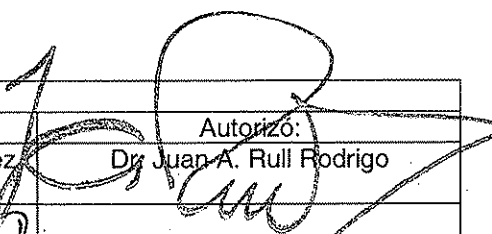
16-02-07

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                 |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                               |   | HOJA:106 |
|   | <b>12. Procedimiento para Registro de Actos Transfusionales</b> |   | DE: 341  |

**FORMATO E INSTRUCTIVOS.**

**FORMATO: HOJA DE REGISTRO DE ACTOS TRANSFUSIONALES**

| No. | CONCEPTO                                      | SE ANOTARÁ   |
|-----|---|--|
| 1   | Nombre  | Nombre completo del paciente.  |
| 2   | Cama ó Cuarto                                 | No. de cama ó de cuarto del paciente.  |
| 3   | No. de Expediente                             | El registro del expediente del paciente.   |
| 4   | Fecha de la transfusión                       | Día, Mes y Año de la transfusión del paciente.   |
| 5   | No. de la Unidad                              | Número que se encuentra en la parte superior derecha de la tarjeta.  |
| 6   | Tipo de unidad                                | Nombre del hemoderivado que se trata por grupos sanguíneos con RH.   |
| 7   | Hora de inicio                                | La hora que inicia la transfusión de hemoderivados.  |
| 8   | Signos vitales                                | Se registrará en el recuadro que corresponda la T.A., F.C., Temp. Antes, durante y después de la transfusión del hemoderivado. |
| 9   | Hora de término                               | Hora en que terminó la transfusión del hemoderivado.   |
| 10  | Volumen transfundido.                         | Los mililitros de productos sanguíneos o hemodiálisis.   |
| 11  | Nombre y firma de quien aplicó la transfusión | Nombre completo de la persona que instaló la transfusión del hemoderivado.   |
| 12  | Edo. gral. del paciente y observaciones.      | Incidentes que presenta el paciente durante el procedimiento.  |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION**  
**"SALVADOR ZUBIRAN"**  
**REGISTRO DE LOS ACTOS TRANSFUSIONALES**

1

2 No. DE EXPEDIENTE: 3

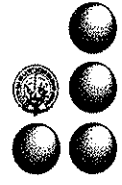
| CÓDIGO DE UNIDAD | HORA DE INICIO | SIGNOS VITALES |      |       | HORA DE TERMINO | VOLUMEN DE TRANSF. | NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN APLICÓ LA TRANSFUSION | ESTADO GENERAL DEL PACIENTE Y OBSERVACIONES |
|------------------|----------------|----------------|------|-------|-----------------|--------------------|---|---|
|                  |                | T.A.           | F.C. | TEMP. |                 |                    |   |   |
| 6                | 7              | ANTES          | —    | —     | 9               | 10                 | 11  | 12  |
|                  |                | DURANTE        | —    | —     |                 |                    |   |   |
|                  |                | DESPUES        | —    | —     |                 |                    |   |   |
|                  |                | ANTES          | —    | —     |                 |                    |   |   |
|                  |                | DURANTE        | —    | —     |                 |                    |   |   |
|                  |                | DESPUES        | —    | —     |                 |                    |   |   |
|                  |                | ANTES          | —    | —     |                 |                    |   |   |
|                  |                | DURANTE        | —    | —     |                 |                    |   |   |
|                  |                | DESPUES        | —    | —     |                 |                    |   |   |
|                  |                | ANTES          | —    | —     |                 |                    |   |   |
|                  |                | DURANTE        | —    | —     |                 |                    |   |   |
|                  |                | DESPUES        | —    | —     |                 |                    |   |   |
|                  |                | ANTES          | —    | —     |                 |                    |   |   |
|                  |                | DURANTE        | —    | —     |                 |                    |   |   |
|                  |                | DESPUES        | —    | —     |                 |                    |   |   |
|                  |                | ANTES          | —    | —     |                 |                    |   |   |
|                  |                | DURANTE        | —    | —     |                 |                    |   |   |
|                  |                | DESPUES        | —    | —     |                 |                    |   |   |



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS**

**Subdirección de Enfermería**

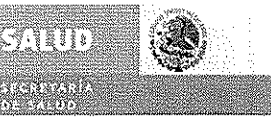
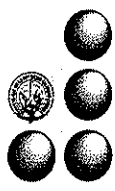
**12. Procedimiento para Registro de Actos Transfusionales**



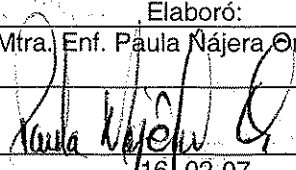
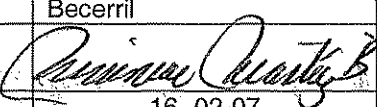
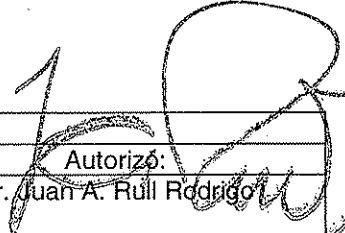
REV:


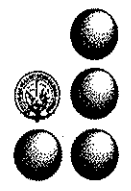
HOJA: 107

DE: 341

|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>          |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                        |   | HOJA:108 |
|   | <b>13. Procedimiento para Reacciones Transfusionales</b> |   | DE: 341  |

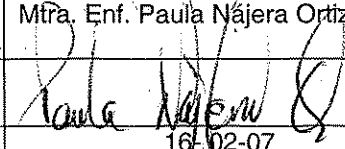

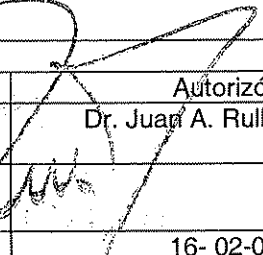
**13.- PROCEDIMIENTO PARA REACCIONES TRANSFUSIONALES**


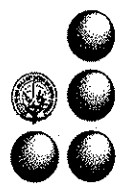
| CONTROL DE EMISION |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodríguez  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16/02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |           |
|---|--|---|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>          |  | REV:      |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                        |   | HOJA: 109 |
|   | <b>13. Procedimiento para Reacciones Transfusionales</b> |   | DE: 341   |

**OBJETIVO**

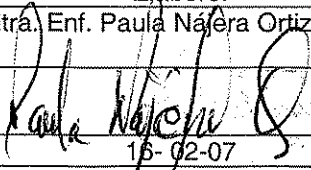
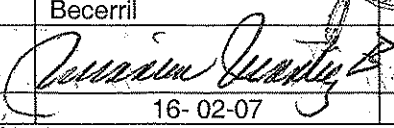
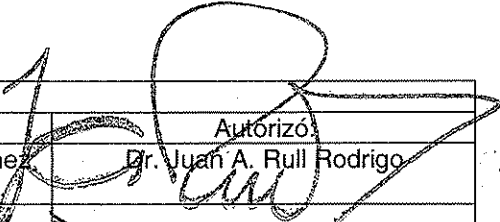
Contar con un instrumento administrativo para el control de las reacciones adversas que presenten los Pacientes al transfundirles cualquier hemoderivado.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |


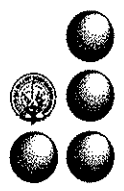
|   |  |   |           |
|---|--|---|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>      |  | REV:      |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                        |   | HOJA: 110 |
|   | <b>13. Procedimiento para Reacciones Transfusionales</b> |   | DE: 341   |

**POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN**

- 1.- Solamente el paciente que presente reacciones adversas se registrará en la Hoja de Reacciones Transfusionales.
- 2.- Devolver la hoja al banco de sangre con los datos correspondientes, el resto del hemoderivado y una muestra sanguínea del paciente que presentó la reacción.

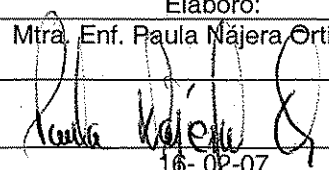
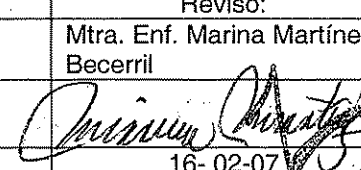
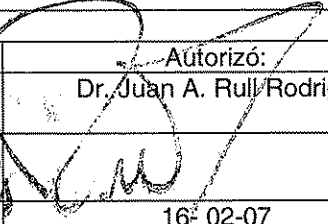
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>          |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                        |   | HOJA:111 |
|   | <b>13. Procedimiento para Reacciones Transfusionales</b> |   | DE: 341  |

| UNIDAD O PERSONAS QUE INTERVIENEN              | NÚMERO DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD   |
|--|---------------------|---|
| Enfermera                                      | 1                   | Cualquier reacción adversa manifestada (urticaria, fiebre, escalofríos intensos, colapso, cianosis, disnea y dolor) suspender inmediatamente la transfusión del hemoderivado. |
|  | 2                   | Tomar muestra sanguínea.  |
|  | 3                   | Registrar los datos que se solicitan en la hoja de Reacciones Transfusionales.  |
| Camillero, Auxiliar de Enfermería y/o Afanador | 4                   | Llevar al banco de sangre la hoja de registro, el resto del hemoderivado y la muestra sanguínea.<br><b>FIN DEL PROCEDIMIENTO.</b>   |

**NOTA:**  
El reverso de la hoja de reacciones transfusionales será llenado por las enfermeras que se encuentran en el Banco de Sangre.

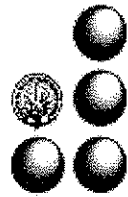
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

## Subdirección de Enfermería

### 13.- Procedimiento para Reacciones Transfusionales



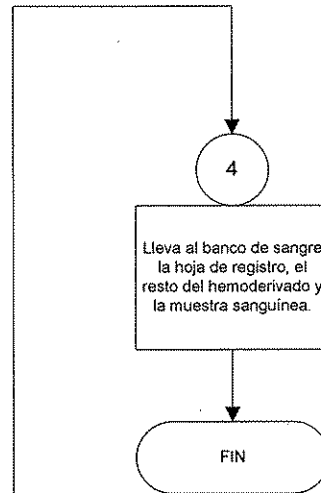
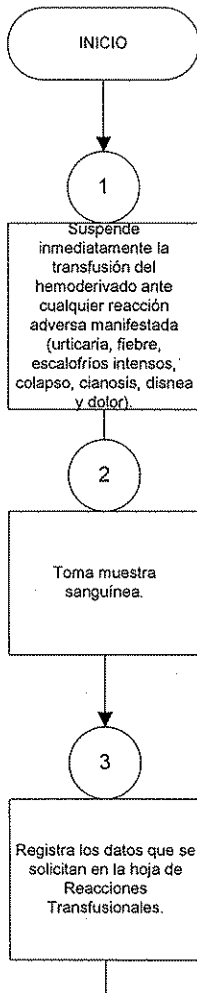
REV:

HOJA: 112

DE: 341

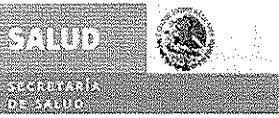
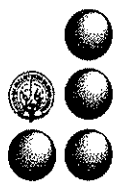
Enfermera

Camillero, Auxiliar de Enfermería o Afanador



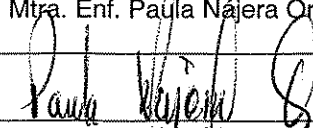

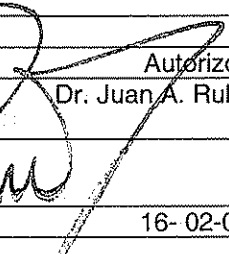
#### CONTROL DE EMISION

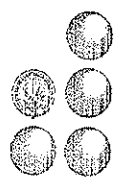
|         |                               |                                     |                             |
|---------|-------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|         | Elaboró:                      | Revisó:                             | Autorizó:                   |
| Nombre: | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril | Dr. Juan A. Rull Rodrigo    |
| Firma:  | <i>Paula Najera Ortiz</i>     | <i>Marina Martínez Becerril</i>     | <i>Juan A. Rull Rodrigo</i> |
| Fecha:  | 16-02-07                      | 16-02-07                            | 16-02-07                    |

|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>          |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                        |   | HOJA:113 |
|   | <b>13. Procedimiento para Reacciones Transfusionales</b> |   | DE: 341  |

**FORMATO E INSTRUCTIVOS.**  
**FORMATO: HOJA DE REACCIONES TRANSFUSIONALES**

| No. | CONCEPTO                                 | SE ANOTARÁ  |
|-----|--|---|
| 1   | Nombre                                   | Nombre completo del paciente.   |
| 2   | Registro                                 | Número de Expediente del paciente.  |
| 3   | Cama                                     | No. de cama de donde procede.   |
| 4   | Sexo                                     | Sexo del paciente (M) Masculino (F) Femenino.   |
| 5   | Edad                                     | Años cumplidos del paciente.  |
| 6   | Hora en que inicio la transfusión        | La hora que inicia la transfusión del hemoderivado.   |
| 7   | Hora en la que se terminó la transfusión | Hora en que se suspendió la transfusión del hemoderivado.   |
| 8   | Volumen transfundido                     | Los mililitros que le pasaron al paciente del hemoderivado.   |
| 9   | Componente transfundido                  | Tipo de hemoderivado que se transfundió (sangre, plasma, plaqueta, factor VIII)   |
| 10  | No. De la unidad                         | El número que asigna el donador a la bolsa y tarjeta del hemoderivado.  |
| 11  | Fecha                                    | El día en que se transfundió el hemoderivado.   |
| 12  | Signos vitales (TA, Pulso, Temperatura)  | Los signos vitales pre-transfusión y post-transfusión.  |
| 13  | Datos Clínicos                           | Marcar con una (X) cruz el dato que corresponda, según lo que haya presentado el paciente (rash, fiebre, choque, escalofríos, disnea, lumbalgia, hemoglobinuria, transfusiones, previas). |
| 14  | Reacciones transfuncionales previas      | Se anotará AFIRMATIVO ó NEGATIVO.   |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICION  
SALVADOR ZUBIRAN**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ REGISTRO: \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ CAMA: \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_  
 SEXO: \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_

**REACCIONES TRANSFUSIONALES**


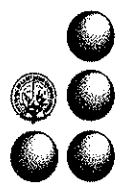
1. Tome 2 tubos de sangre (1 con anticoagulante y otro sin anticoagulante).
2. Envíe los tubos, el remanente del producto sanguíneo y esta forma al banco de sangre.

**Favor de llenar la siguiente información:**

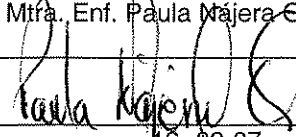
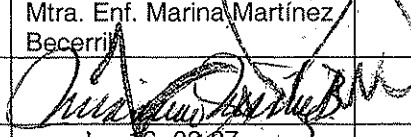
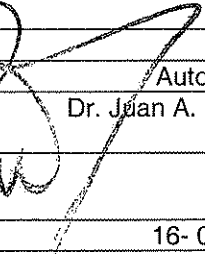
Hora de inicio de la transfusión: \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_  
 Hora en que termino la transfusión: \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_  
 Volumen transfundido: \_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_  
 Componente transfundido: \_\_\_\_\_ 9 \_\_\_\_\_  
 Número de la unidad: \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_ 11 \_\_\_\_\_

| Signos vitales 12        | Pre-transfusión  | Post- transfusión    |
|--------------------------|------------------|----------------------|
| Temperatura              | _____            | _____                |
| T/A                      | _____            | _____                |
| Pulso                    | _____            | _____                |
| <b>Datos clínicos 13</b> |                  |                      |
| Rash _____               | Calosfrios _____ | Hemoglobinuria _____ |
| Fiebre _____             | Disnea _____     | Transfusiones _____  |
| Choque _____             | Lumbalgia _____  | Previas _____        |

Reacciones 14  
 transfusionales previas \_\_\_\_\_

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:115 |
|   | <b>14. Procedimiento para la Administración de Medicamentos en el Área de Hospitalización</b> |   | DE: 341  |

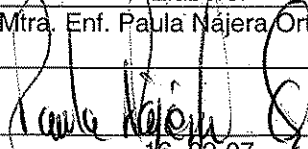
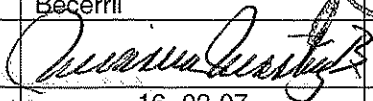
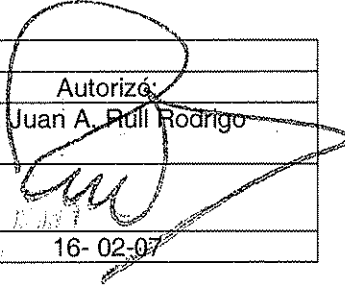
**14.- PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN**

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:116 |
|   | <b>14. Procedimiento para la Administración de<br/>Medicamentos en el Área de Hospitalización</b> |   | DE: 341  |

**OBJETIVO**

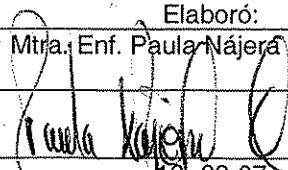
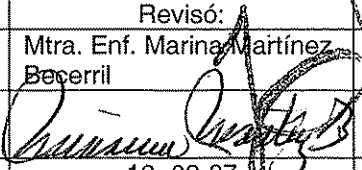
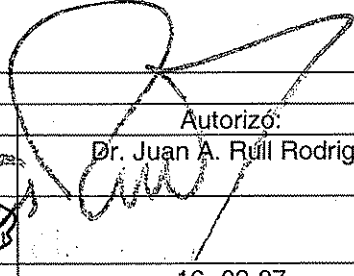
1. Contar con un documento que sirva de guía al personal de enfermería en la administración de medicamentos.
2. Unificar el procedimiento acerca de la administración de fármacos.
3. Evitar efectos adversos relacionados al procedimiento de administración.


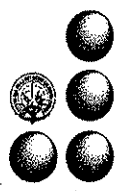
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Full Rodríguez  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:117 |
|   | <b>14. Procedimiento para la Administración de Medicamentos en el Área de Hospitalización</b> |   | DE: 341  |

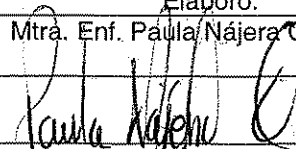
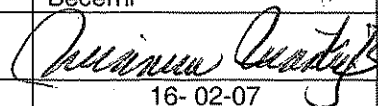
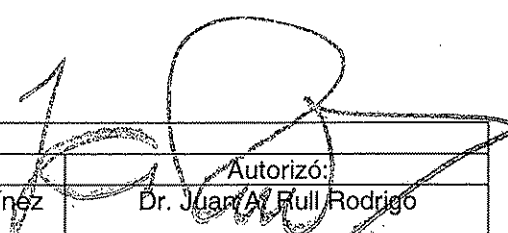
**POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN**

- 1.- Solo se administrarán medicamentos por prescripción médica escrita, únicamente en caso de urgencia se aceptarán indicaciones verbales.
- 2.- La indicación será transcrita en la tarjeta de medicamentos de enfermería, asignada a cada paciente.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Bocerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:118 |
|   | <b>14. Procedimiento para la Administración de Medicamentos en el Área de Hospitalización</b> |   | DE: 341  |

| UNIDAD O PERSONAS QUE INTERVIENEN | NÚMERO DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD   |
|-----------------------------------|---------------------|---|
| Enfermeras                        | 1                   | Revisa la indicación médica.  |
| Jefa de Servicio                  | 2                   | Recibe la solicitud de medicamento, lo entrega a la secretaria para que elabore la receta.  |
| Secretaria                        | 3                   | Elabora la receta y la entrega a la jefa de servicio para que la firme.   |
| Jefa de Servicio                  | 4                   | Revisa, firma y envía la receta a la farmacia.  |
| Auxiliares ó Afanadores           | 5                   | Traslada la receta a farmacia y espera que le den el medicamento para llevarlo al servicio correspondiente.   |
| Jefa de Servicio                  | 6                   | Recibe los medicamentos, verifica la cantidad y los entrega a la enfermera encargada del paciente.  |
| Enfermeras                        | 7                   | Revisa que sea el medicamento indicado. Lo prepara considerando la dosis, vía de administración, se presenta con el paciente verificando su número de registro, número de cama, nombre del medicamento, dosis y presentación. |
|                                   | 8                   | Aplica el medicamento.  |
|                                   | 9                   | Registra en la hoja de enfermería el medicamento administrado, dosis, presentación, vía de administración y hora de aplicación.   |
|                                   | 10                  | Anota en la tarjeta de medicamentos el horario de las siguientes dosis.<br><b>FIN DEL PROCEDIMIENTO.</b>  |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Full Rodríguez  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

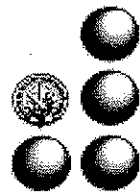




# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

Subdirección de Enfermería

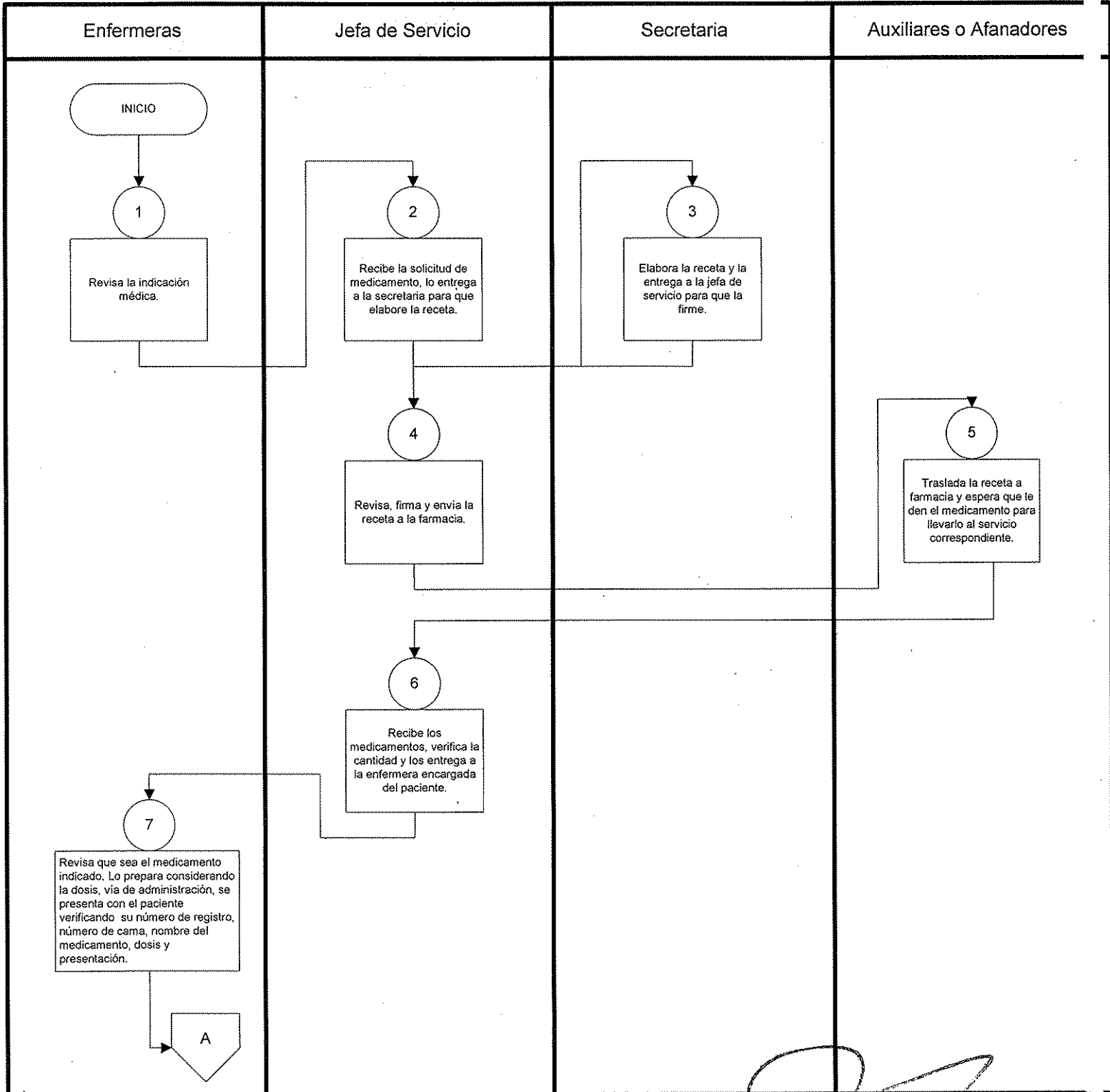
## 14.- Procedimiento para la Administración de Medicamentos en el Área de Hospitalización



REV:

HOJA: 11:

DE: 341



CONTROL DE EMISION

|         |                               |                                    |                             |
|---------|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
|         | Elaboró:                      | Revisó:                            | Autorizó:                   |
| Nombre: | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerra | Dr. Juan A. Rull Rodrigo    |
| Firma:  | <i>Paula Nájera Ortiz</i>     | <i>Marina Martínez Becerra</i>     | <i>Juan A. Rull Rodrigo</i> |
| Fecha:  | 16-02-07                      | 16-02-07                           | 16-02-07                    |



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

## Subdirección de Enfermería

### 14.- Procedimiento para la Administración de Medicamentos en el Área de Hospitalización



REV:

HOJA: 120

DE: 341

| Enfermeras   | Jefa de Servicio | Secretaria | Auxiliares o Afanadores |
|--|------------------|------------|-------------------------|
| <pre>graph TD; A{{A}} --&gt; 8((8)); 8 --&gt; B[Aplica el medicamento.]; B --&gt; 9((9)); 9 --&gt; C[Registra en la hoja de enfermería el medicamento administrado, dosis, presentación, vía de administración y hora de aplicación.]; C --&gt; 10((10)); 10 --&gt; D[Anota en la tarjeta de medicamentos el horario de las siguientes dosis.]; D --&gt; FIN([FIN]);</pre> |                  |            |                         |

#### CONTROL DE EMISION

Elaboró:

Revisó:

Autorizó:

Nombre:

Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz

Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril

Dr. Juan A. Rull Rodrigo

Firma:

Fecha:

16-02-07

16-02-07

16-02-07


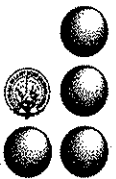
|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:121 |
|   | <b>14. Procedimiento para la Administración de Medicamentos en el Área de Hospitalización</b> |   | DE: 341  |

**FORMATO E INSTRUCTIVOS.**

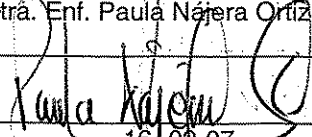
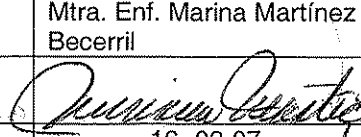
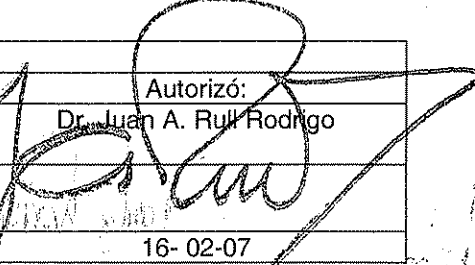
**FORMATO: HOJA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN**


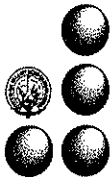
| No. | CONCEPTO                     | SE ANOTARÁ  |
|-----|------------------------------|---|
| 1   | Datos Generales              | La enfermera debe anotar el No. De cama, nombre del paciente, registro del paciente, sector al que pertenece, fecha en que ingreso a la Institución, la fecha actual, el diagnóstico, y estado de salud del paciente  |
| 2   | Signos Vitales               | a) en este cuadro, se indica, que la temperatura deberá marcarse con una cruz, la frecuencia cardiaca con un punto, y la presión arterial con una línea vertical, al inicio de dicha línea se colocará una V inversa, e indica la presión sistólica y al final de la misma, se coloca otra V invertida, e indica la presión diastólica.<br>b) Indica la temperatura en grados Celsius inicia de abajo hacia arriba con 36°C y termina en 40°C.<br>c) Indica la frecuencia cardiaca y la presión arterial, inicia de abajo hacia arriba, de 20, hasta la numeración de 180<br>d) después de los cuadros a, b y c, hacia la derecha, están las líneas en donde se registran todos los datos antes mencionados, en la parte frontal aparece la hora en que se inicia el registro de los signos vitales del turno matutino (8:00 am.), y termina a las 7:00 am. ultima hora en que registran los signos vitales el personal de enfermería del turno nocturno. |
| 3   | Presión venosa central (pvc) | Se registrará la Presión venosa central (pvc), frecuencia respiratoria, peso, perímetro abdominal Glasgow (nivel de estado de conciencia), Destrostix (glucemia capilar), gluco-cetonuria y presencia de sangre oculta en heces   |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 6-02-07   | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:122 |
|   | <b>14. Procedimiento para la Administración de Medicamentos en el Área de Hospitalización</b> |   | DE: 341  |

- |   |   |  |
|---|---|--|
| 4 | Ingresos  | Se registrarán los ingresos que tenga en el paciente, por vía oral, como la dieta, así como líquidos por vía intravenosa, hacia la derecha aparecen los horarios en que se debe registrar dichos ingresos. Al final de cada turno aparece el total de ingresos y en la parte inferior de este cuadro, se calcula el total de ingresos generados por turno.   |
| 5 | Egresos   | En este apartado se registran los egresos, como sangrado, diuresis, ya sea por número de micciones o cuantificado por mililitros, drenajes, vómitos, pérdidas insensibles y el número de evacuaciones. En la parte inferior de dicho cuadro, se calcula la cantidad total de egresos por cada turno.   |
| 6 | Balance total de ingresos y egresos   | En este punto se registra el balance total de ingresos y egresos por cada 24 horas, así como el balance acumulado.   |
| 7 | Catéteres y Sondas, Muestras y Cultivos, Estudios, Valoraciones y Procedimientos. | En este apartado aparecen 3 secciones, en la primera se registra la fecha de instalación y tipo de catéteres y sondas, en la segunda sección se registra el tipo de muestras y cultivos a los que se sometió el paciente y en el último apartado se registran los estudios, valoraciones por otros especialistas y procedimientos que se le realizaron al paciente.  |
| 8 | Nombre del medicamento, dosis, vía de administración y la hora.                   | Este apartado está compuesto por cuatro columnas, en la primera se registra el nombre genérico del medicamento que se administra, la enfermera responsable del paciente registra los medicamentos que le aplica durante su turno. En la segunda columna se registra la dosis que se administra de cada medicamento. En la tercera columna se anota la vía de administración y en la cuarta columna se registra la hora en que se administra el medicamento, la forma de este registro es marcar en la hora con una paloma. En caso de que el medicamento no haya sido aplicado a la hora correspondiente, se marca con un punto encerrado en un círculo, y se especifica con un máximo de tres palabras. |

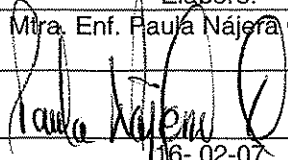
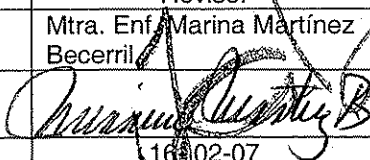
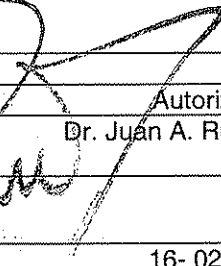
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodríguez  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16/02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:123 |
|   | <b>14. Procedimiento para la Administración de<br/>Medicamentos en el Área de Hospitalización</b> |   | DE: 341  |

9

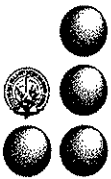
Observaciones

En este apartado hay tres columnas , donde se anota el reporte de enfermería por turno de forma cefalo-caudal (de cabeza a pies) haciendo referencia a los acontecimientos mas importantes que presento el paciente durante el turno correspondiente. La enfermera responsable debe registrar su nombre completo con apellidos al final de cada reporte.

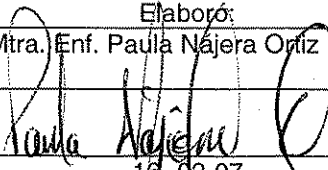
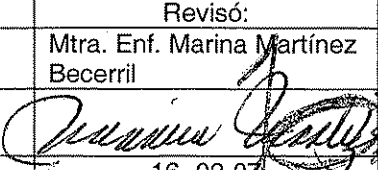
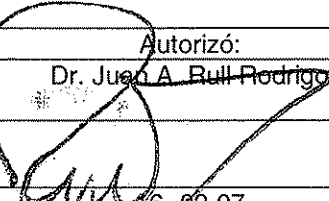
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |





|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>                         |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:125 |
|   | <b>15. Procedimiento para el Control de Temperaturas y Registros Varios</b> |   | DE: 341  |

**15.- PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE TEMPERATURAS Y REGISTROS VARIOS**

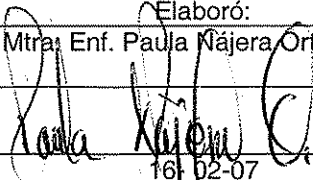
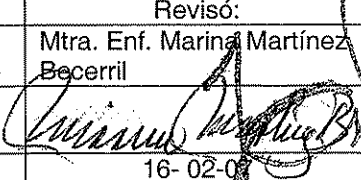
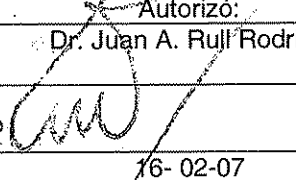
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Bull-Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

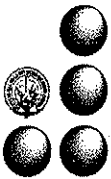


|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                             |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:126 |
|   | <b>15. Procedimiento para el Control de Temperaturas y Registros Varios</b> |   | DE: 341  |

**OBJETIVO**

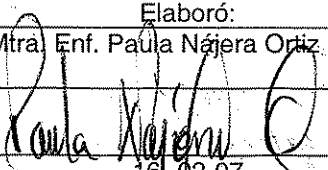
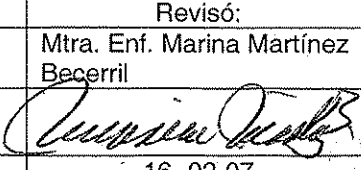
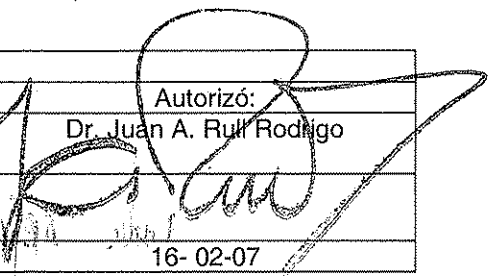
Contar con un documento administrativo para el registro de los procedimientos del paciente hospitalizado que realiza el personal auxiliar de enfermería.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodríguez  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                             |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:127 |
|   | <b>15. Procedimiento para el Control de Temperaturas y Registros Varios</b> |   | DE: 341  |

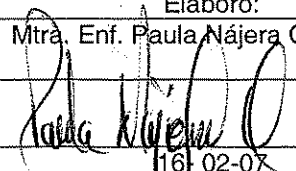
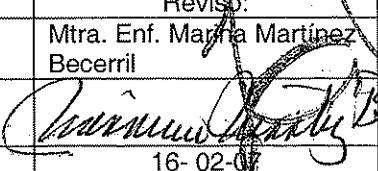
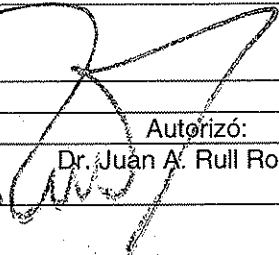
**POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN**

- 1.- Registrar en la hoja a todo paciente que por su padecimiento requiera del control específico del procedimiento.
- 2.- La hoja tiene una vigencia de 7 días por posibles aclaraciones, posteriormente se desecha.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                             |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:128 |
|   | <b>15. Procedimiento para el Control de Temperaturas y Registros Varios</b> |   | DE: 341  |

| UNIDAD O PERSONAS QUE INTERVIENEN | NÚMERO DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD  |
|-----------------------------------|---------------------|--|
| Auxiliar de Enfermería            | 1                   | Inicia la hoja el personal del turno matutino y la auxiliar de enfermería de cada turno elabora el registro de esta. |
| Enfermera                         | 2                   | Consulta la información para el registro de información de enfermería para los tres turnos.                          |
| Enfermera Jefe de Servicio        | 3                   | Archiva la hoja.<br><b>FIN DEL PROCEDIMIENTO.</b>  |

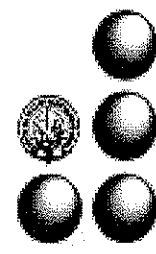
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. María Martínez Becerril   | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

Subdirección de Enfermería

15.- Procedimiento para el Control de Temperaturas y Registros Varios



REV:

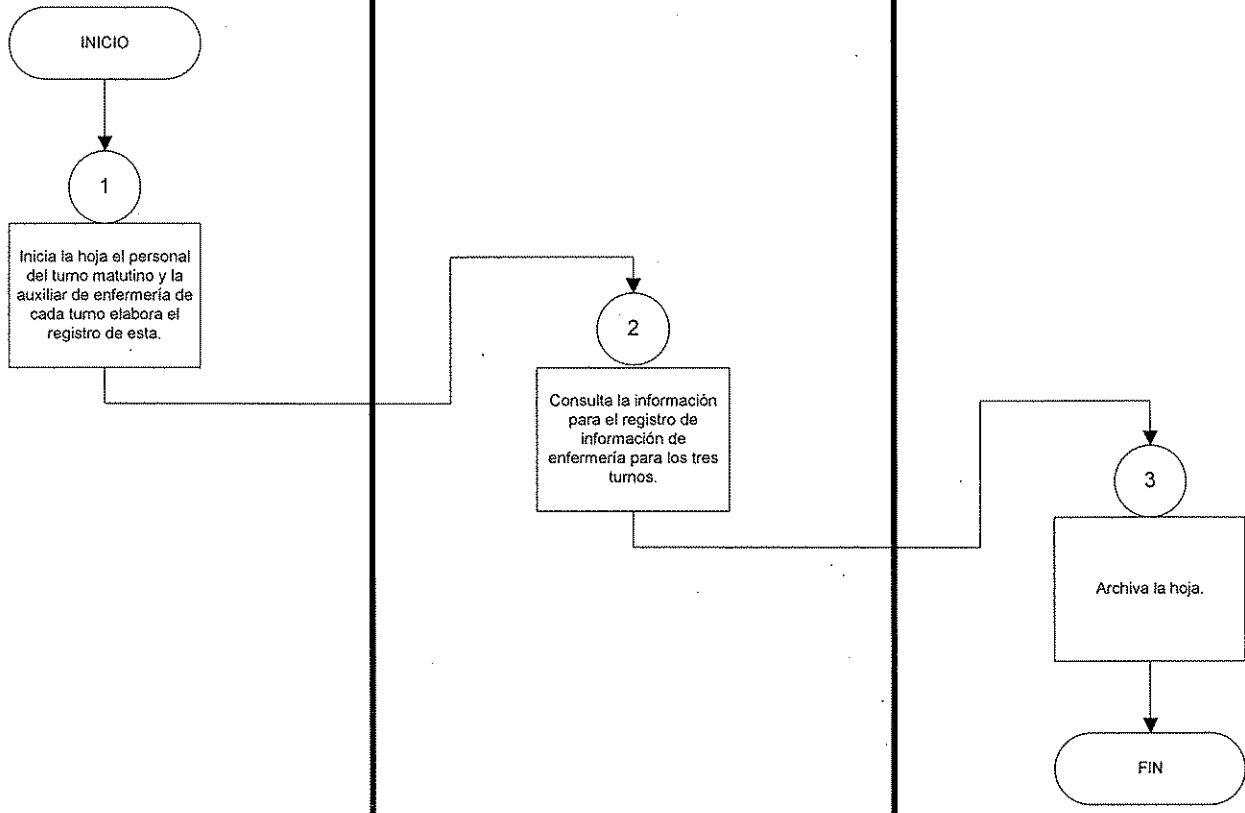
HOJA: 129

DE: 341

Auxiliar de Enfermería

Enfermera

Enfermera Jefe de Servicio



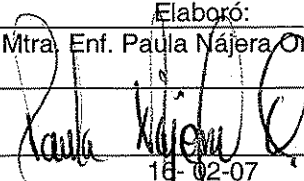
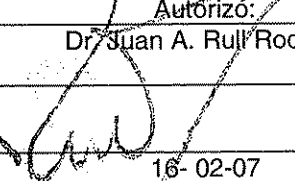
### CONTROL DE EMISION

|         | Elaboró:                      | Revisó:                             | Autorizó:                  |
|---------|-------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|
| Nombre: | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril | Dr. Juan A. Rull Rodríguez |
| Firma:  |                               |                                     |                            |
| Fecha:  | 16-02-07                      | 16-02-07                            | 16-02-07                   |

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>                         |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:130 |
|   | <b>15. Procedimiento para el Control de Temperaturas y Registros Varios</b> |   | DE: 341  |

**FORMATO E INSTRUCTIVOS.**  
**FORMATO: HOJA DE CONTROL DE REGISTROS.**

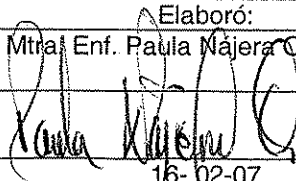
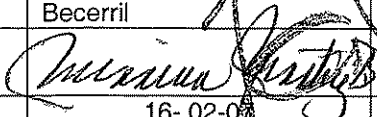
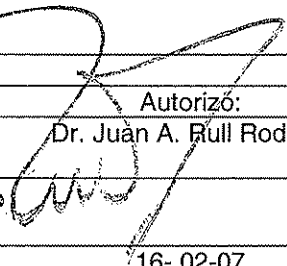
| No. | CONCEPTO                            | SE ANOTARÁ  |
|-----|-------------------------------------|---|
| 1   | Fecha                               | Día, mes y año en que se elabora la hoja.   |
| 2   | Servicio                            | Área en la que se inicia la hoja.   |
| 3   | Cama                                | No. de cama que tiene asignada el paciente que se le realiza el procedimiento.              |
| 4   | 1er. Turno, 2do. Turno y 3er. Turno | En el renglón y turno correspondiente el resultado del procedimiento realizado al paciente. |

| CONTROL DE EMISION |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodríguez  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA:132 |
|   | <b>16. Procedimiento para el Orden de Ayuno y Cirugía para<br/>la Toma de Muestras y Cirugía</b> |   | DE: 341  |

**16.- PROCEDIMIENTO PARA EL ORDEN DE AYUNO Y CIRUGÍA PARA LA TOMA DE MUESTRAS Y CIRUGÍA.**

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA:133 |
|   | <b>16. Procedimiento para el Orden de Ayuno y Cirugía para<br/>la Toma de Muestras y Cirugía</b> |   | DE: 341  |

### OBJETIVO

Contar con un instrumento administrativo para el control de los pacientes que deben permanecer en ayuno, por algún procedimiento radiológico, estudio de diagnóstico y/o cirugía, confirmando al Departamento de Dietología, para suspender la dieta del paciente.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan M. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |


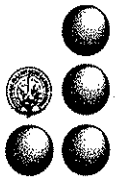


|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA:134 |
|   | <b>16. Procedimiento para el Orden de Ayuno y Cirugía para<br/>la Toma de Muestras y Cirugía</b> |   | DE: 341  |

**POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN**

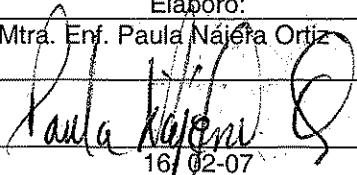
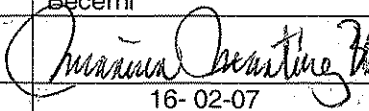
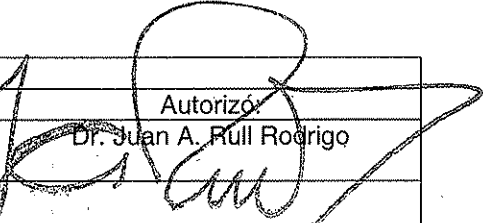
- 1.- Registrar diariamente a los pacientes que requieren de ayuno por los diferentes procedimientos e indicaciones médicas.
- 2.- Entregar la orden de ayuno para la toma de muestras al Departamento de Dietología.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerra   | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA:135 |
|   | <b>16. Procedimiento para el Orden de Ayuno y Cirugía para la Toma de Muestras y Cirugía</b> |   | DE: 341  |

| UNIDAD O PERSONAS QUE INTERVIENEN | NÚMERO DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD  |
|-----------------------------------|---------------------|--|
| Enfermera Jefe de Servicio        | 1                   | Después de tener la información de los diferentes procedimientos anota la fecha completa y confirma los nombres, cama designados de los pacientes que quedarán en ayuno para el día siguiente. |
| Auxiliar de Enfermería            | 2                   | Entrega el formato a la dietista quien va a firmar de recibido.<br><b>FIN DEL PROCEDIMIENTO.</b>   |

**NOTA:**  
Confirmar al día siguiente el número de cama y nombre de los pacientes que permanecerán en ayuno.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

## Subdirección de Enfermería

### 16.- Procedimiento para el Orden de Ayuno y Cirugía para la Toma de Muestras y Cirugía



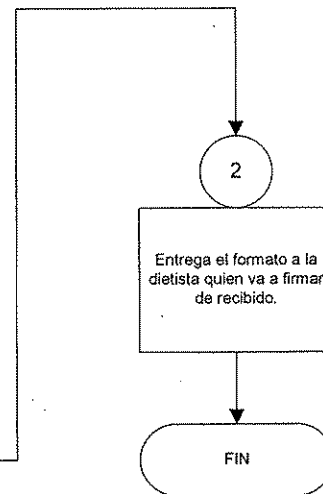
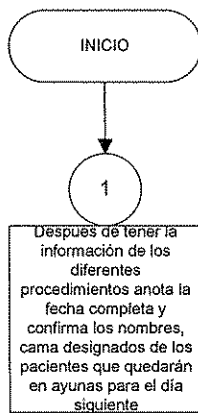
REV:

HOJA: 136

DE:  
341


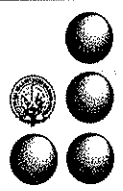
Enfermera Jefe de Servicio

Auxiliar de Enfermería



#### CONTROL DE EMISION

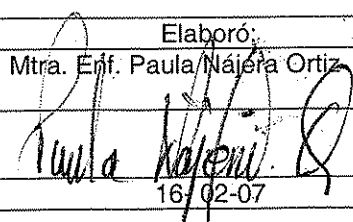
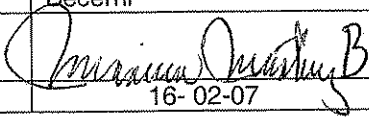
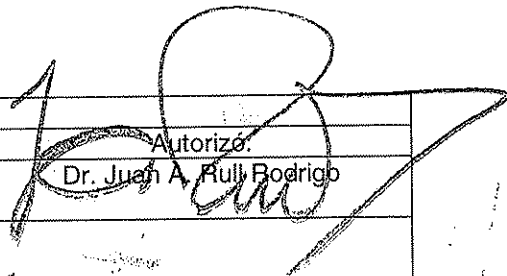
|         |                               |                                     |                          |
|---------|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|         | Elaboró:                      | Revisó:                             | Autorizó:                |
| Nombre: | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz | Mtra. Enf. Marina Martinez Becerril | Dr. Juan A. Rull Rodrigo |
| Firma:  | <i>Paula Najera Ortiz</i>     | <i>Marina Martinez Becerril</i>     |                          |
| Fecha:  | 16-02-07                      | 16-02-07                            | 16-02-07                 |

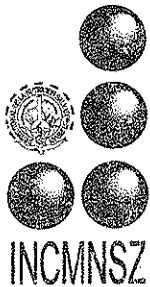
|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA:137 |
|   | <b>16. Procedimiento para el Orden de Ayuno y Cirugía para la Toma de Muestras y Cirugía</b> |   | DE: 341  |

**FORMATO E INSTRUCTIVOS.**

**FORMATO: HOJA DE ORDEN DE AYUNO PARA TOMA DE MUESTRAS**

| No. | CONCEPTO                  | SE ANOTARÁ   |
|-----|---------------------------|--|
| 1   | Fecha                     | Día, mes y año en forma consecutiva a partir del ingreso del paciente. |
| 2   | Orden de ayuno            | El día y el mes.   |
| 3   | Nombre                    | El nombre completo del paciente.                                       |
| 4   | No. De cama               | El número de cama que se le asigna al paciente.                        |
| 5   | La enfermera Jefe de Piso | Nombre de la jefe de Servicio.   |
| 6   | Dietista                  | Firma de la dietista que recibió la hoja.                              |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodríguez  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN

|       |     |
|-------|-----|
| REV:  |     |
| HOJA: | 138 |
| DE:   | 34  |

\_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

ORDEN DE AYUNO PARA TOMA DE MUESTRAS.

Los enfermos siguientes quedarán en ayunas el día 2 del mes de \_\_\_\_\_ del presente año para toma de muestras de laboratorio.

Nombre : 3 \_\_\_\_\_ No. de Cama : 4 \_\_\_\_\_

Nombre : \_\_\_\_\_ No. de Cama : \_\_\_\_\_

Nombre : \_\_\_\_\_ No. de Cama : \_\_\_\_\_

Nombre : \_\_\_\_\_ No. de Cama : \_\_\_\_\_

Nombre : \_\_\_\_\_ No. de Cama : \_\_\_\_\_

Nombre : \_\_\_\_\_ No. de Cama : \_\_\_\_\_

Nombre : \_\_\_\_\_ No. de Cama : \_\_\_\_\_

Nombre : \_\_\_\_\_ No. de Cama : \_\_\_\_\_

Nombre : \_\_\_\_\_ No. de Cama : \_\_\_\_\_

Nombre : \_\_\_\_\_ No. de Cama : \_\_\_\_\_

Nombre : \_\_\_\_\_ No. de Cama : \_\_\_\_\_

Nombre : \_\_\_\_\_ No. de Cama : \_\_\_\_\_

Nombre : \_\_\_\_\_ No. de Cama : \_\_\_\_\_

Nombre : \_\_\_\_\_ No. de Cama : \_\_\_\_\_

Nombre : \_\_\_\_\_ No. de Cama : \_\_\_\_\_

Nombre : \_\_\_\_\_ No. de Cama : \_\_\_\_\_

Nombre : \_\_\_\_\_ No. de Cama : \_\_\_\_\_

Nombre : \_\_\_\_\_ No. de Cama : \_\_\_\_\_

Nombre : \_\_\_\_\_ No. de Cama : \_\_\_\_\_

Nombre : \_\_\_\_\_ No. de Cama : \_\_\_\_\_


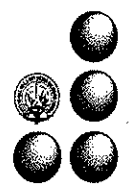
La Enfermera Jefe de Piso

Dietista

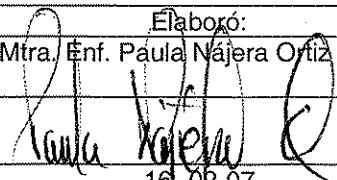
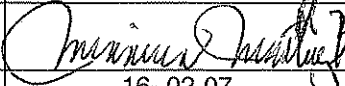
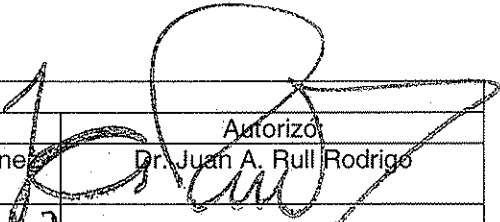
5


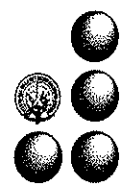
6

Recibí

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b> |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>               |   | HOJA:139 |
|   | <b>17. Procedimiento para Enlace de Turno</b>   |   | DE: 341  |

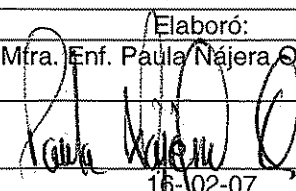
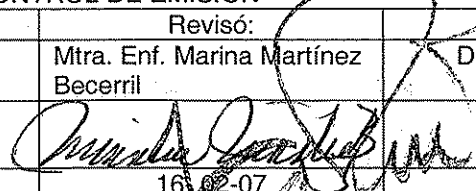
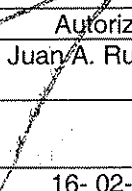
**17.- PROCEDIMIENTO PARA ENLACE DE TURNO**


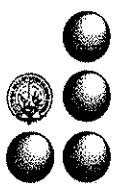
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b> |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>               |   | HOJA:140 |
|   | <b>17. Procedimiento para Enlace de Turno</b>   |   | DE: 341  |

**OBJETIVO**

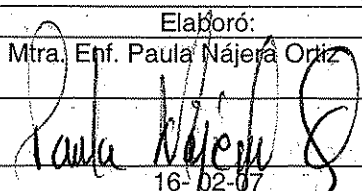
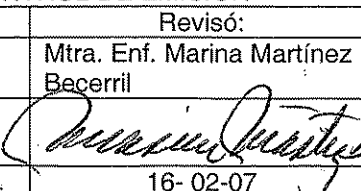
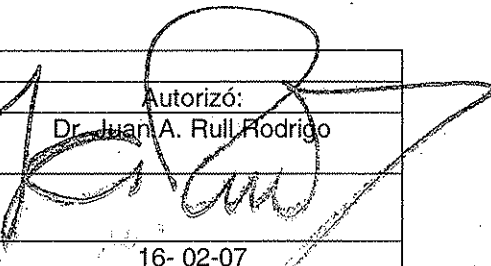
Contar con un instrumento administrativo para dar continuidad a los cuidados de enfermería y tratamiento, valorando el estado de salud de los pacientes.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |


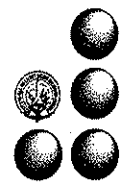
|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b> |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                   |   | HOJA:141 |
|   | <b>17. Procedimiento para Enlace de Turno</b>       |   | DE: 341  |

**POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN**

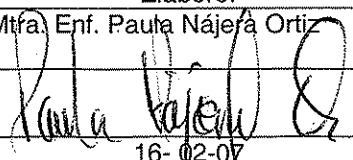
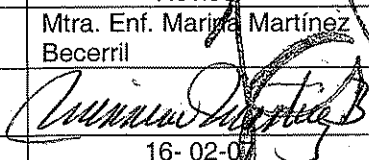
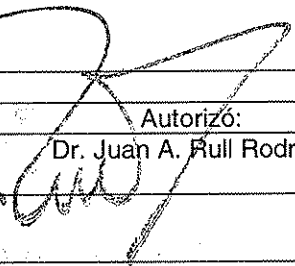
- 1.- En el enlace de turno siempre deberá estar presente la jefe de servicio.
- 2.- El inicio del enlace de turno no deberá retardarse más de quince minutos en cada turno.
- 3.- Cuando falte al algún equipo o material, este deberá justificarse con un vale o reporte que aclare su ausencia firmada por la persona responsable.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b> |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                   |   | HOJA:142 |
|   | <b>17. Procedimiento para Enlace de Turno</b>       |   | DE: 341  |

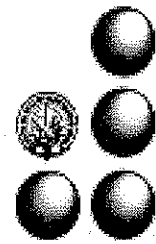
| UNIDAD O PERSONAS QUE INTERVIENEN                     | NÚMERO DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD   |
|---|---------------------|---|
| Jefa de Servicio, Enfermeras, Auxiliares y Afanadoras | 1                   | Presentarse al servicio a la hora indicada según turno: <ul style="list-style-type: none"> <li>• T. Matutino 7:00 a.m.</li> <li>• T. Vespertino 14:00 p.m.</li> <li>• T. Nocturno 20:30 p.m.</li> </ul> |
|   | 2                   | Revisa la libreta de distribución donde se asignan los pacientes al personal, así como el material, equipo y área física.   |
| Jefa de Servicio y Enfermeras                         | 3                   | Revisa los medicamentos controlados.  |
|   | 4                   | Revisa a los pacientes, verificando soluciones, drenajes, etc., así como el estado de salud en que se encuentran.   |
| Auxiliares  | 5                   | Revisan su área de trabajo y equipo que les corresponde, aseo matutino, toma de temperatura, otras actividades de su competencia.   |
| Jefe de Servicio                                      | 6                   | Revisa área física que se encuentre limpia, ordenada y funcional.   |
| Jefe de Servicio y Enfermeras                         | 7                   | En forma verbal y con los registros de enfermería, la enfermera que sale le entrega a la que inicia turno, aclarando dudas y pendientes<br><b>FIN DEL PROCEDIMIENTO.</b>                                |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájeira Ortiz  | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

Subdirección de Enfermería

17.- Procedimiento para Enlace de Turno



REV:

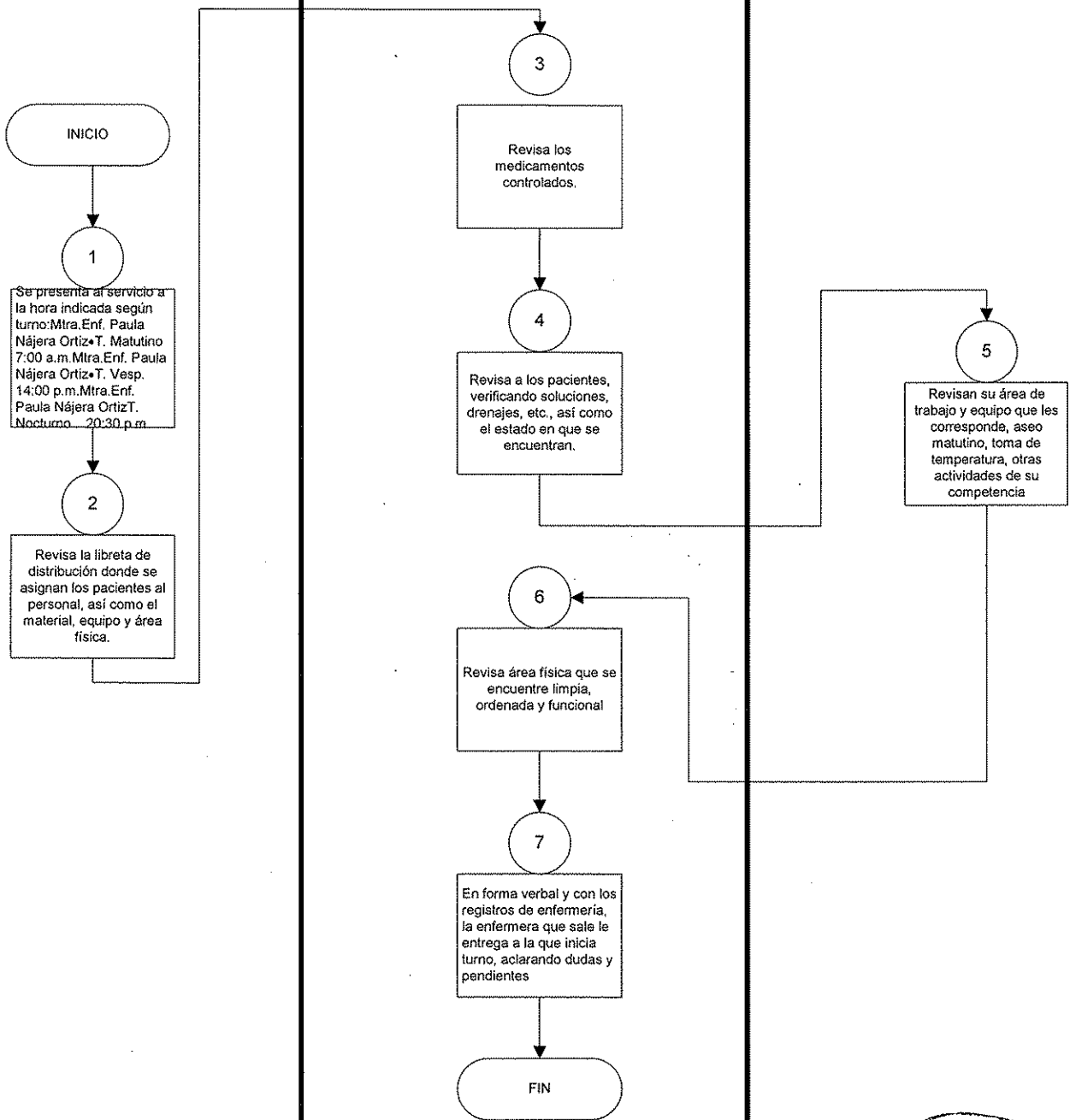
HOJA: 143

DE: 341

Jefa de Servicio, Enfermeras, Auxiliares y Afanadoras


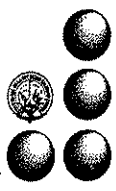
Jefa de Servicio y Enfermeras

Auxiliares



CONTROL DE EMISION

|         |                               |                                     |                            |
|---------|-------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|
|         | Elaboró:                      | Revisó:                             | Autorizó:                  |
| Nombre: | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril | Dr. Juan A. Rull Rodríguez |
| Firma:  | <i>[Signature]</i>            | <i>[Signature]</i>                  | <i>[Signature]</i>         |
| Fecha:  | 16-02-07                      | 16-02-07                            | 16-02-07                   |

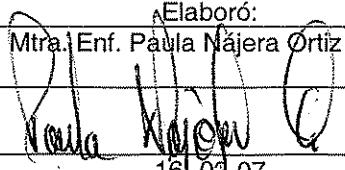
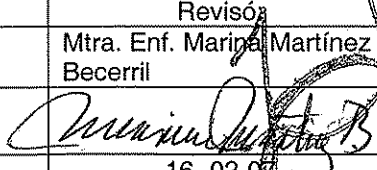
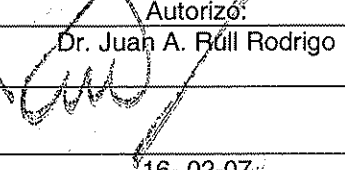
|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b> |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                   |   | HOJA:144 |
|   | <b>17. Procedimiento para Enlace de Turno</b>       |   | DE: 341  |

**FORMATO E INSTRUCTIVOS.  
FORMATO: ENLACE DE TURNO.**

| No. | CONCEPTO     | SE ANOTARÁ   |
|-----|--------------|--|
| 1   | Fecha        | Se anótese día, mes y año en que se lleva a cabo la distribución del personal. |
| 2   | Nombre       | Nombre del personal que se encuentra ese día laborando..                       |
| 3   | Distribución | Distribución de pacientes por número de cama.                                  |

**NOTA.**

La libreta de distribución del personal siempre se encuentra en la central de enfermeras.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

LINEAS  
① FECHA.

6 NOV. 2006

T. VESPERTINO

| NOMBRES               | DISTRIBUCION |                                 |
|-----------------------|--------------|---------------------------------|
| Eva Velasco           | 255-260      | Carro de Para Torre             |
| Graciela Peña         | 219-251      | Reponer Carro de Para           |
| Margarita Xochitotal  | 225-230      | Carro de Para                   |
| Virginia López        | 201-206      | Alucometros                     |
| Alma Delia de la Rosa | 213-218      | Informe Mensual                 |
| Alejandro Castro      | 213-218      | Estetoscopios                   |
| Guadalupe Sanchez     | 219-224      | Electro + Penillas              |
| Eduardo Flores        | 231-236      | Monitores (3)                   |
| Patricia Sanchez      | 207-212      | Marteros                        |
| Veronica Rangel       | 237-242      | Lampara + Tanque O <sub>2</sub> |

Arcena Matias → 201-230  
 Heidi Ramirez → Lineas IV. 231-260

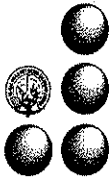
Delia Martinez  
 Martha Moran

Miguel Angel Vazquez 201-230  
 Jose Manuel Hernandez 231-260

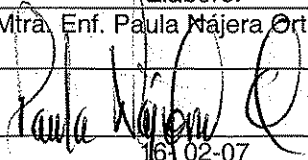
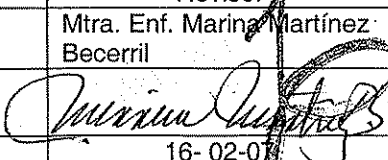
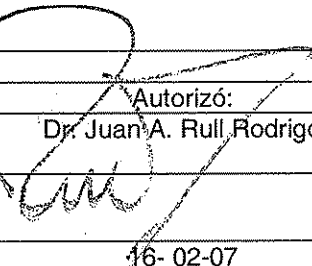
Apolonio Cruz = Camillero.

E.J.J. Yolanda Bautista  
 ≡ 3º TURNO ≡

|                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|
| Rosa H. Estrada - 211-220  | Glisometro - Toron de O    |
| Patricia Rendon - 251-260  | Carro de Para + equipo     |
| Claudia Broyo - 241-250    | Monitor - Lampara          |
| Veronica Mendeta - 221-230 | Carro - Electro - Penillas |

|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA:146 |
|   | <b>18.- Procedimiento para el Informe Mensual de Procedimientos de Enfermería en Servicios de Hospitalización y Áreas Críticas</b> |   | DE: 341  |

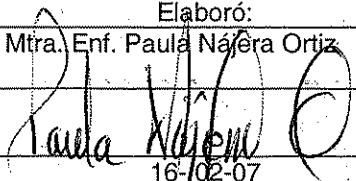

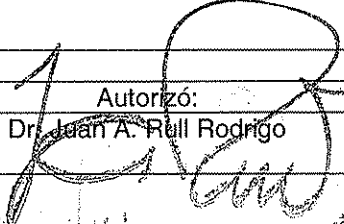
**18.- PROCEDIMIENTO PARA EL INFORME MENSUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y ÁREAS CRÍTICAS**


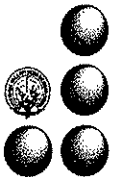
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA:147 |
|   | <b>18.- Procedimiento para el Informe Mensual de<br/>Procedimientos de Enfermería en Servicios de<br/>Hospitalización y Áreas Críticas</b> |   | DE: 341  |

**OBJETIVO**

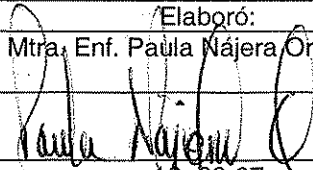
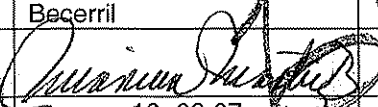
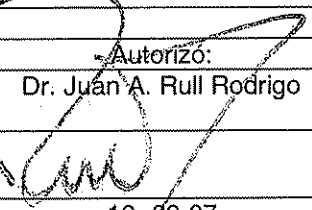
Contar con un instrumento administrativo que permita medir la productividad de los diferentes procedimientos que realiza el personal de enfermería en hospitalización las 24hrs. del día, los 365 días del año.


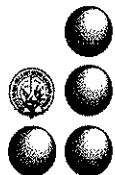
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA:148 |
|   | <b>18.- Procedimiento para el Informe Mensual de<br/>Procedimientos de Enfermería en Servicios de<br/>Hospitalización y Áreas Críticas</b> |   | DE: 341  |

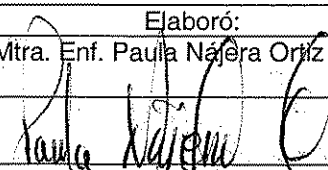
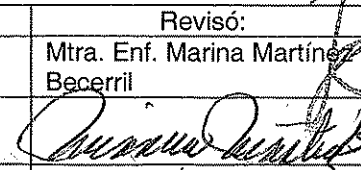
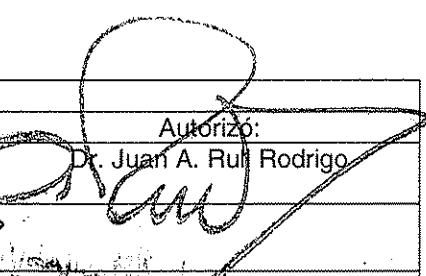
**POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN**

- 1.- Registrar todos los procedimientos de inyecciones, venoclisis, transfusiones, curaciones e instalación de sondas Foley, que llevan a cabo el personal de enfermería durante las 24 horas del día.
- 2.- El formato deberá llenarse con tinta negra y será llenado por el personal de enfermería asignado a esta actividad.
- 3.- En todos los rubros se anotará el total de lo realizado en el turno con todos los pacientes.
- 4.- Entregar mensualmente el informe a archivo clínico.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA:149 |
|   | <b>18.- Procedimiento para el Informe Mensual de Procedimientos de Enfermería en Servicios de Hospitalización y Áreas Críticas</b> |   | DE: 341  |

| UNIDAD O PERSONAS QUE INTERVIENEN          | NÚMERO DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD   |
|--|---------------------|---|
| Enfermera General de Hospitalización       | 1                   | Registra por turno el número de procedimiento que se lleva a cabo de acuerdo al procedimiento realizado en el paciente                                  |
| Enfermera Jefe de Servicio Hospitalización | 2                   | Supervisa la elaboración de la hoja el personal de enfermería de acuerdo al turno.  |
|  | 3                   | Elabora el informe de acuerdo al total de procedimientos realizados y lo entrega a la afanadora de su servicio para que sea llevado al archivo clínico. |
| Afanadora de Mandados de Hospitalización   | 4                   | Entrega el informe al archivo clínico.<br><b>FIN DEL PROCEDIMIENTO.</b>   |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Ruiz Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

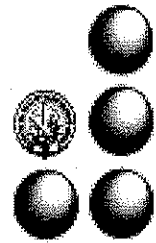




# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

## Subdirección de Enfermería

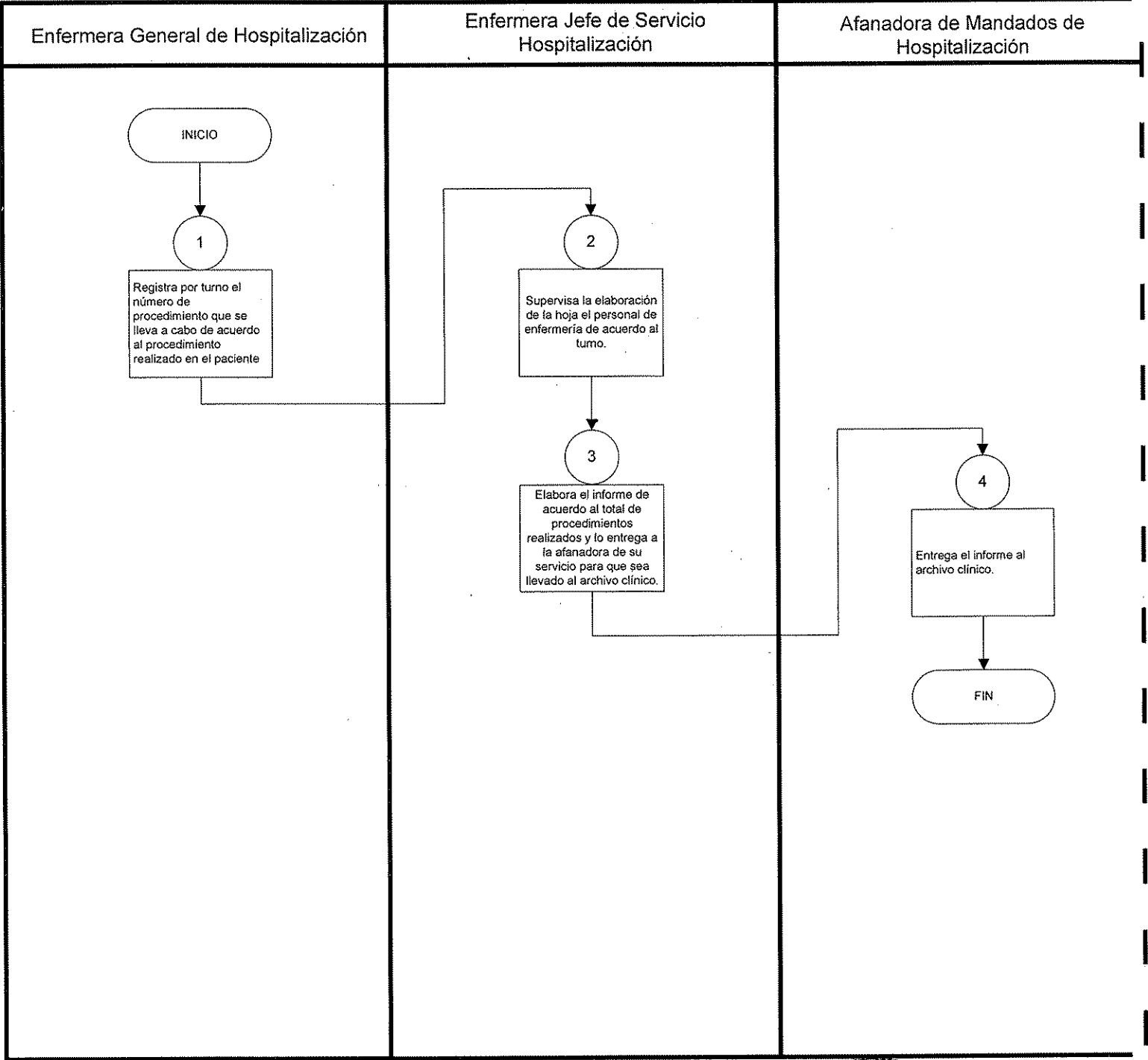
### 18.- Procedimiento para el Informe Mensual de Procedimientos de Enfermería en Servicios de Hospitalización y Áreas Críticas



REV:

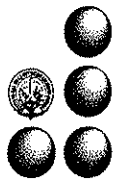
HOJA: 150

DE: 341



#### CONTROL DE EMISION

|         | Elaboró:                      | Revisó:                            | Autorizó:                |
|---------|-------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| Nombre: | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerra | Dr. Juan A. Rull Rodrigo |
| Firma:  |                               |                                    |                          |
| Fecha:  | 16-02-07                      | 16-02-07                           | 16-02-07                 |

|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA:151 |
|   | <b>18.- Procedimiento para el Informe Mensual de Procedimientos de Enfermería en Servicios de Hospitalización y Áreas Críticas</b> |   | DE: 341  |

**FORMATO E INSTRUCTIVOS.**

**FORMATO: PARTA INFORME MENSUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y ÁREAS CRÍTICAS**

| No. | CONCEPTO | SE ANOTARÁ                          |
|-----|----------|-------------------------------------|
| 1   | Servicio | Nombre del servicio correspondiente |

**ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS**

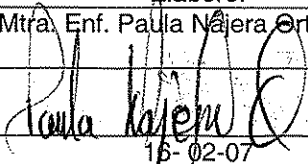

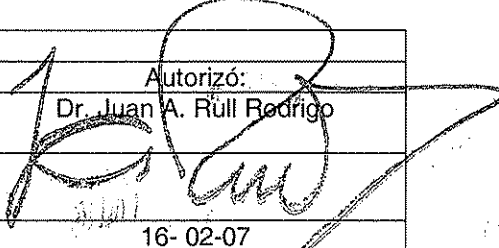
|   |          |  |
|---|----------|--|
| 2 | V.O.     | Se refiere a la administración de todos los medicamentos como tabletas, cápsulas, jarabes, suspensiones, medios de contraste, etc. |
| 3 | V. I.    | Se anotan todos los medicamentos administrados por esta vía, cambios de alimentación parenteral, así como todo tipo de infusión.   |
| 4 | SC       | Son los medicamentos que se administran por vía subcutánea, ejemplo: insulina, fraxiparina, vacunas, etc.                          |
| 5 | Epidural | Se refiere a las infusiones administradas por este catéter o si se asiste en algún procedimiento por esta vía.                     |
| 6 | Sondas   | Se anotarán los medicamentos administrados por esta vía, (SNE, SNG, SG, Yeyunostomía).   |


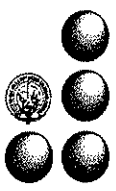
**INSTALACIÓN**

|   |               |   |
|---|---------------|---|
| 7 | V.P.          | Se refiere a la instalación de accesos vasculares periféricos ( angiocath) y se incluirá el número de veces que se toman muestras de sangre por vía periférica.           |
| 8 | CC            | Se refiere a la instalación de catéteres centrales periféricos instalados por el personal y también a los catéteres cortos mahurkar en los cuales el personal interviene. |
| 9 | Transfusiones | Se refiere a la administración de todo hemoderivado.  |

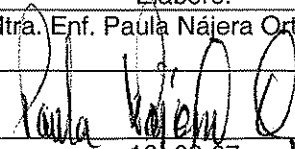
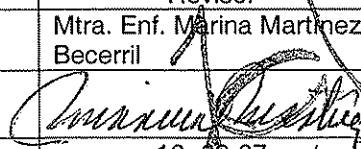
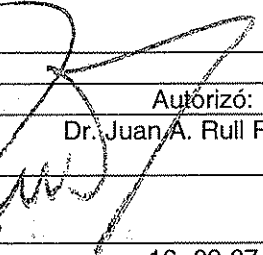
**CURACIONES**

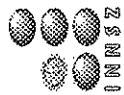
|    |         |   |
|----|---------|---|
| 10 | Heridas | Se entiende por herida quirúrgica, úlceras, |
|----|---------|---|

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Beceril   | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA:152 |
|   | <b>18.- Procedimiento para el Informe Mensual de Procedimientos de Enfermería en Servicios de Hospitalización y Áreas Críticas</b> |   | DE: 341  |

| No.                                | CONCEPTO               | SE ANOTARÁ  |
|------------------------------------|------------------------|---|
| 11                                 | Cat.                   | estomas, fístulas o bien lesiones de cualquier tipo. Se refiere a los catéteres centrales de doble lumen, triple lumen, Mahurkar, catéter de tenckhoff. (Se anotará las veces que se realiza el procedimiento en turno).  |
| 12                                 | VP.                    | Se entiende por el acceso vascular periférico (angiocath).  |
| <b>INSTALACIÓN DE SONDAS FOLEY</b> |                        |   |
| 13                                 | Cateterismo Simple     | Se entiende por instalación de una sonda para evacuar la vejiga y posteriormente retirarla.   |
| 14                                 | Cateterismo Permanente | Se refiere a la instalación de sonda foley y dejarla por tiempo indefinido.   |
| 15                                 | Sondas                 | Se refiere a la instalación de las alimentaciones.  |
| 16                                 | Drenajes               | Se refiere a los drenajes como sondas jackson Prats, pleurovack, sonda naso gástrica, sonda dawson muller, sonda biliar, ostomías, cistoclisys y cualquier otro tipo de drenaje.  |
| 17                                 | Cambio de Equipo       | Se refiere a los cambios que se hacen en equipos de infusión, micro gotero, normo gotero, de volumen medido, llaves de tres vías, banco de llaves, extensiones, conectores, tapones, etc. Se incluirá el cambio de cistoflow, pleurevac, jackson Prats, equipos de sonda que estén a succión. |
| 18                                 | Fecha                  | Correspondiente al mes que se informa   |
| 19                                 | Jefe de Servicio       | Nombre y firma de la Jefe de Servicio.  |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martinez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN  
 SUBDIRECCION DE ENFERMERIA  
 DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

INFORME MENSUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA EN SERVICIOS DE HOSPITALIZACION

SERVICIO: 1

| DIAS | ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS |    |    |       |    |    |       |       |    | INSTALACION DE VENOCLISIS |    |       |         |    |    |       |    |    | TRANSFUSIONES |       |    |    |    |       |    |    |    |  |  |
|------|--------------------------------|----|----|-------|----|----|-------|-------|----|---------------------------|----|-------|---------|----|----|-------|----|----|---------------|-------|----|----|----|-------|----|----|----|--|--|
|      | 2 V.O                          |    |    | 3 V.I |    |    | 4 SIC |       |    | 5 EPIDURAL                |    |       | 6 SONDA |    |    | 7 V.P |    |    | 8 C.C.        |       |    | 9  |    |       |    |    |    |  |  |
|      | 1°                             | 2° | 3° | TOTAL | 1° | 2° | 3°    | TOTAL | 1° | 2°                        | 3° | TOTAL | 1°      | 2° | 3° | TOTAL | 1° | 2° | 3°            | TOTAL | 1° | 2° | 3° | TOTAL | 1° | 2° | 3° |  |  |
| 1    |                                |    |    |       |    |    |       |       |    |                           |    |       |         |    |    |       |    |    |               |       |    |    |    |       |    |    |    |  |  |
| 2    |                                |    |    |       |    |    |       |       |    |                           |    |       |         |    |    |       |    |    |               |       |    |    |    |       |    |    |    |  |  |
| 3    |                                |    |    |       |    |    |       |       |    |                           |    |       |         |    |    |       |    |    |               |       |    |    |    |       |    |    |    |  |  |
| 4    |                                |    |    |       |    |    |       |       |    |                           |    |       |         |    |    |       |    |    |               |       |    |    |    |       |    |    |    |  |  |
| 5    |                                |    |    |       |    |    |       |       |    |                           |    |       |         |    |    |       |    |    |               |       |    |    |    |       |    |    |    |  |  |
| 6    |                                |    |    |       |    |    |       |       |    |                           |    |       |         |    |    |       |    |    |               |       |    |    |    |       |    |    |    |  |  |
| 7    |                                |    |    |       |    |    |       |       |    |                           |    |       |         |    |    |       |    |    |               |       |    |    |    |       |    |    |    |  |  |
| 8    |                                |    |    |       |    |    |       |       |    |                           |    |       |         |    |    |       |    |    |               |       |    |    |    |       |    |    |    |  |  |
| 9    |                                |    |    |       |    |    |       |       |    |                           |    |       |         |    |    |       |    |    |               |       |    |    |    |       |    |    |    |  |  |
| 10   |                                |    |    |       |    |    |       |       |    |                           |    |       |         |    |    |       |    |    |               |       |    |    |    |       |    |    |    |  |  |
| 11   |                                |    |    |       |    |    |       |       |    |                           |    |       |         |    |    |       |    |    |               |       |    |    |    |       |    |    |    |  |  |
| 12   |                                |    |    |       |    |    |       |       |    |                           |    |       |         |    |    |       |    |    |               |       |    |    |    |       |    |    |    |  |  |
| 13   |                                |    |    |       |    |    |       |       |    |                           |    |       |         |    |    |       |    |    |               |       |    |    |    |       |    |    |    |  |  |
| 14   |                                |    |    |       |    |    |       |       |    |                           |    |       |         |    |    |       |    |    |               |       |    |    |    |       |    |    |    |  |  |
| 15   |                                |    |    |       |    |    |       |       |    |                           |    |       |         |    |    |       |    |    |               |       |    |    |    |       |    |    |    |  |  |
| 16   |                                |    |    |       |    |    |       |       |    |                           |    |       |         |    |    |       |    |    |               |       |    |    |    |       |    |    |    |  |  |
| 17   |                                |    |    |       |    |    |       |       |    |                           |    |       |         |    |    |       |    |    |               |       |    |    |    |       |    |    |    |  |  |
| 18   |                                |    |    |       |    |    |       |       |    |                           |    |       |         |    |    |       |    |    |               |       |    |    |    |       |    |    |    |  |  |
| 19   |                                |    |    |       |    |    |       |       |    |                           |    |       |         |    |    |       |    |    |               |       |    |    |    |       |    |    |    |  |  |
| 20   |                                |    |    |       |    |    |       |       |    |                           |    |       |         |    |    |       |    |    |               |       |    |    |    |       |    |    |    |  |  |
| 21   |                                |    |    |       |    |    |       |       |    |                           |    |       |         |    |    |       |    |    |               |       |    |    |    |       |    |    |    |  |  |
| 22   |                                |    |    |       |    |    |       |       |    |                           |    |       |         |    |    |       |    |    |               |       |    |    |    |       |    |    |    |  |  |
| 23   |                                |    |    |       |    |    |       |       |    |                           |    |       |         |    |    |       |    |    |               |       |    |    |    |       |    |    |    |  |  |
| 24   |                                |    |    |       |    |    |       |       |    |                           |    |       |         |    |    |       |    |    |               |       |    |    |    |       |    |    |    |  |  |
| 25   |                                |    |    |       |    |    |       |       |    |                           |    |       |         |    |    |       |    |    |               |       |    |    |    |       |    |    |    |  |  |
| 26   |                                |    |    |       |    |    |       |       |    |                           |    |       |         |    |    |       |    |    |               |       |    |    |    |       |    |    |    |  |  |
| 27   |                                |    |    |       |    |    |       |       |    |                           |    |       |         |    |    |       |    |    |               |       |    |    |    |       |    |    |    |  |  |
| 28   |                                |    |    |       |    |    |       |       |    |                           |    |       |         |    |    |       |    |    |               |       |    |    |    |       |    |    |    |  |  |
| 29   |                                |    |    |       |    |    |       |       |    |                           |    |       |         |    |    |       |    |    |               |       |    |    |    |       |    |    |    |  |  |
| 30   |                                |    |    |       |    |    |       |       |    |                           |    |       |         |    |    |       |    |    |               |       |    |    |    |       |    |    |    |  |  |
| 31   |                                |    |    |       |    |    |       |       |    |                           |    |       |         |    |    |       |    |    |               |       |    |    |    |       |    |    |    |  |  |

México, D.F. a 18 de \_\_\_\_\_ de 200

NOMBRE Y FIRMA DE LA ENFERMERA JEFE DE SERVICIO

TRANSFUSIONES : PLASMA, PAQUETE GLOBULAR, PLAQUETAS, CRIOPRECIPITADO

VIA PERIFERICA = V.P.  
 CATERER CENTRAL = C.C.  
 CATERER(S) MO = CAT.

VIA ORAL = V.O.  
 VIA INTRAVENOSA = V.I.  
 SUBCUTANEO = S/C

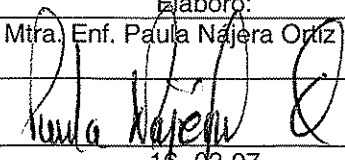
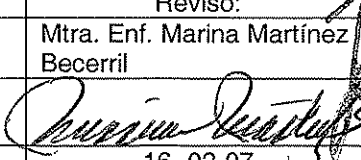
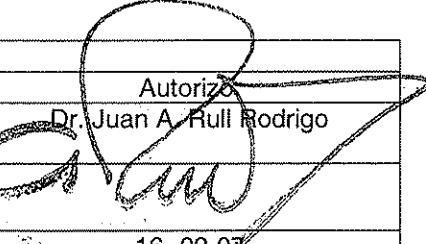
NOTA:



| DIAS   | CURACIONES |    |    |         |    |    | INST. DE S.FOLEY |       |    |                |    |       |               |    |    |           |    |    |             |       |    |                      |    |       |  |  |
|--------|------------|----|----|---------|----|----|------------------|-------|----|----------------|----|-------|---------------|----|----|-----------|----|----|-------------|-------|----|----------------------|----|-------|--|--|
|        | 10 HERIDAS |    |    | 11 CAT. |    |    | 12 VP            |       |    | 13 CAT. SIMPLE |    |       | 14 CAT. PERM. |    |    | 15 SONDAS |    |    | 16 DRENAJES |       |    | 17 CAMBIO DE EQUIPOS |    |       |  |  |
| TORNOS | 1°         | 2° | 3° | TOTAL   | 1° | 2° | 3°               | TOTAL | 1° | 2°             | 3° | TOTAL | 1°            | 2° | 3° | TOTAL     | 1° | 2° | 3°          | TOTAL | 1° | 2°                   | 3° | TOTAL |  |  |
| 1      |            |    |    |         |    |    |                  |       |    |                |    |       |               |    |    |           |    |    |             |       |    |                      |    |       |  |  |
| 2      |            |    |    |         |    |    |                  |       |    |                |    |       |               |    |    |           |    |    |             |       |    |                      |    |       |  |  |
| 3      |            |    |    |         |    |    |                  |       |    |                |    |       |               |    |    |           |    |    |             |       |    |                      |    |       |  |  |
| 4      |            |    |    |         |    |    |                  |       |    |                |    |       |               |    |    |           |    |    |             |       |    |                      |    |       |  |  |
| 5      |            |    |    |         |    |    |                  |       |    |                |    |       |               |    |    |           |    |    |             |       |    |                      |    |       |  |  |
| 6      |            |    |    |         |    |    |                  |       |    |                |    |       |               |    |    |           |    |    |             |       |    |                      |    |       |  |  |
| 7      |            |    |    |         |    |    |                  |       |    |                |    |       |               |    |    |           |    |    |             |       |    |                      |    |       |  |  |
| 8      |            |    |    |         |    |    |                  |       |    |                |    |       |               |    |    |           |    |    |             |       |    |                      |    |       |  |  |
| 9      |            |    |    |         |    |    |                  |       |    |                |    |       |               |    |    |           |    |    |             |       |    |                      |    |       |  |  |
| 10     |            |    |    |         |    |    |                  |       |    |                |    |       |               |    |    |           |    |    |             |       |    |                      |    |       |  |  |
| 11     |            |    |    |         |    |    |                  |       |    |                |    |       |               |    |    |           |    |    |             |       |    |                      |    |       |  |  |
| 12     |            |    |    |         |    |    |                  |       |    |                |    |       |               |    |    |           |    |    |             |       |    |                      |    |       |  |  |
| 13     |            |    |    |         |    |    |                  |       |    |                |    |       |               |    |    |           |    |    |             |       |    |                      |    |       |  |  |
| 14     |            |    |    |         |    |    |                  |       |    |                |    |       |               |    |    |           |    |    |             |       |    |                      |    |       |  |  |
| 15     |            |    |    |         |    |    |                  |       |    |                |    |       |               |    |    |           |    |    |             |       |    |                      |    |       |  |  |
| 16     |            |    |    |         |    |    |                  |       |    |                |    |       |               |    |    |           |    |    |             |       |    |                      |    |       |  |  |
| 17     |            |    |    |         |    |    |                  |       |    |                |    |       |               |    |    |           |    |    |             |       |    |                      |    |       |  |  |
| 18     |            |    |    |         |    |    |                  |       |    |                |    |       |               |    |    |           |    |    |             |       |    |                      |    |       |  |  |
| 19     |            |    |    |         |    |    |                  |       |    |                |    |       |               |    |    |           |    |    |             |       |    |                      |    |       |  |  |
| 20     |            |    |    |         |    |    |                  |       |    |                |    |       |               |    |    |           |    |    |             |       |    |                      |    |       |  |  |
| 21     |            |    |    |         |    |    |                  |       |    |                |    |       |               |    |    |           |    |    |             |       |    |                      |    |       |  |  |
| 22     |            |    |    |         |    |    |                  |       |    |                |    |       |               |    |    |           |    |    |             |       |    |                      |    |       |  |  |
| 23     |            |    |    |         |    |    |                  |       |    |                |    |       |               |    |    |           |    |    |             |       |    |                      |    |       |  |  |
| 24     |            |    |    |         |    |    |                  |       |    |                |    |       |               |    |    |           |    |    |             |       |    |                      |    |       |  |  |
| 25     |            |    |    |         |    |    |                  |       |    |                |    |       |               |    |    |           |    |    |             |       |    |                      |    |       |  |  |
| 26     |            |    |    |         |    |    |                  |       |    |                |    |       |               |    |    |           |    |    |             |       |    |                      |    |       |  |  |
| 27     |            |    |    |         |    |    |                  |       |    |                |    |       |               |    |    |           |    |    |             |       |    |                      |    |       |  |  |
| 28     |            |    |    |         |    |    |                  |       |    |                |    |       |               |    |    |           |    |    |             |       |    |                      |    |       |  |  |
| 29     |            |    |    |         |    |    |                  |       |    |                |    |       |               |    |    |           |    |    |             |       |    |                      |    |       |  |  |
| 30     |            |    |    |         |    |    |                  |       |    |                |    |       |               |    |    |           |    |    |             |       |    |                      |    |       |  |  |
| 31     |            |    |    |         |    |    |                  |       |    |                |    |       |               |    |    |           |    |    |             |       |    |                      |    |       |  |  |

NOTA: EN HERIDAS SE CONTEMPLAN:  
 HERIDAS QUIRURGICAS = HQ, ESTOMAS = E, ULCERAS = UL, Y OTRAS = OTR  
 EN DRENAJES SE CONTEMPLA: PLEUREVAC(S/P), YACKSON (S/Y), SONDA BILIBAR (SB), SONDA T.(S/T), SONDA NASOGASTRICA (SNG)  
 EN SONDAS SE CONTEMPLA: SONDAS DE GASTROSTOMIA (SG) Y SONDA NASOENTERAL (SNE)  
 EN TRANSFUSIONES SE INCLUYE: PAQUETE GLOBULAR (G), PLASMA (P), CRIOPRECIPITADO (C), PLAQUETAS (PL)

|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                      |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                                    |   | HOJA:154 |
|   | <b>19.- Procedimiento para Membrete para Soluciones Parenterales</b> |   | DE: 341  |

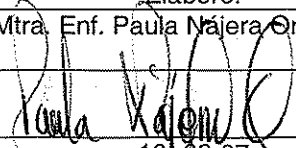
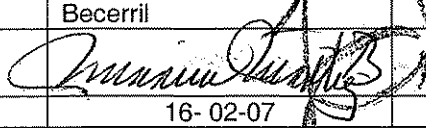
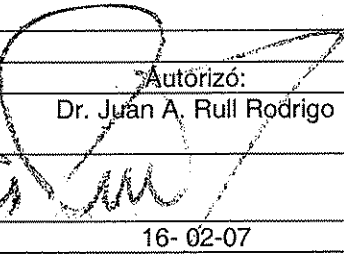
**19.- PROCEDIMIENTO PARA MEMBRETE PARA SOLUCIONES PARENTERALES**

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Hull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>                  |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                                    |   | HOJA:155 |
|   | <b>19.- Procedimiento para Membrete para Soluciones Parenterales</b> |   | DE: 341  |

**OBJETIVO**

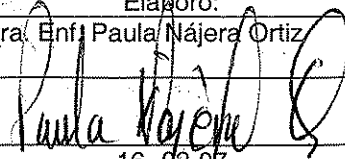
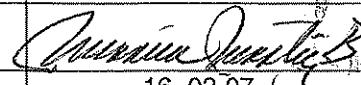
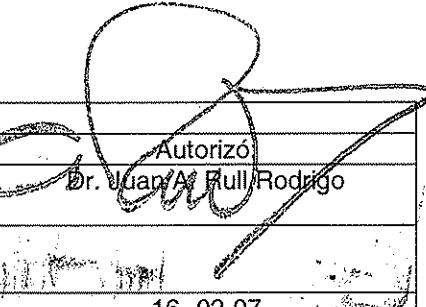
Disponer de un instrumento administrativo que permita verificar los datos correctos tanto del paciente como de la solución indicada.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |


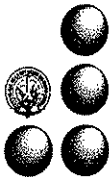
|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>                  |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                                    |   | HOJA:156 |
|   | <b>19.- Procedimiento para Membrete para Soluciones Parenterales</b> |   | DE: 341  |

**POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN**

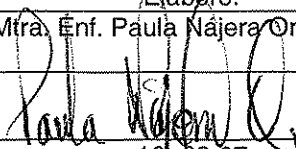
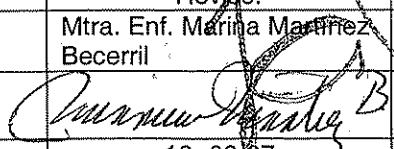
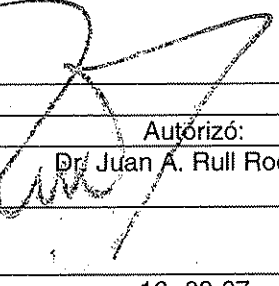
- 1.- Todas las soluciones para terapia intravenosa que requiera el paciente llevarán el membrete con los datos que se solicitan.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó  |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Full/Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                      |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                                    |   | HOJA:157 |
|   | <b>19.- Procedimiento para Membrete para Soluciones Parenterales</b> |   | DE: 341  |

| UNIDAD O PERSONAS QUE INTERVIENEN  | NÚMERO DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD   |
|------------------------------------|---------------------|---|
| Enfermeras<br>Clínica de Catéteres | 1                   | Revisarán las indicaciones médicas actualizadas para verificar la solución indicada.  |
|                                    | 2                   | Registrará los datos solicitados en el membrete para soluciones.  |
|                                    | 3                   | Preparará solución indicada colocándole el membrete debidamente requisitado.  |
| Enfermera de Hospitalización       | 4                   | Recogerá la solución que le corresponda a su paciente y registrará en el membrete la hora de inicio y su firma instalándola al paciente.<br><b>FIN DEL PROCEDIMIENTO.</b> |

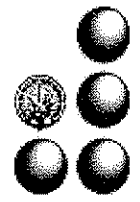
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

## Subdirección de Enfermería

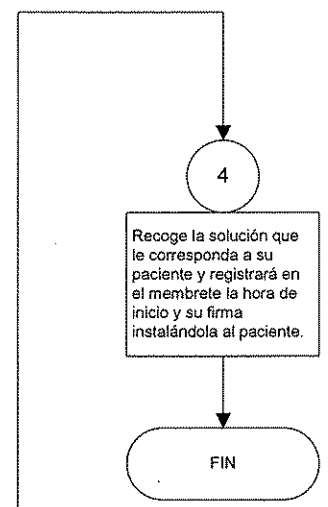
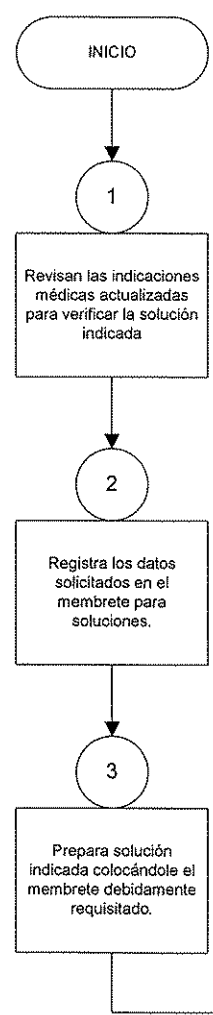
### 19.- Procedimiento para Membrete para Soluciones Parenterales



REV:  
HOJA: 158  
DE: 341


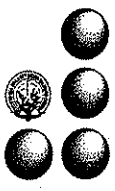
Enfermeras Clínica de Catéteres

Enfermera de Hospitalización



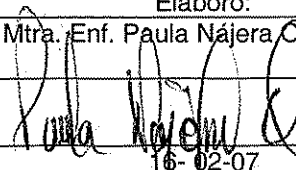
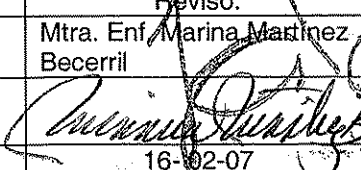
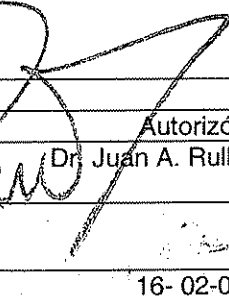
CONTROL DE EMISION

|         |                               |                                    |                             |
|---------|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
|         | Elaboró:                      | Revisó:                            | Autorizó:                   |
| Nombre: | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerra | Dr. Juan A. Rull Rodrigo    |
| Firma:  | <i>Paula Najera Ortiz</i>     | <i>Marina Martínez Becerra</i>     | <i>Juan A. Rull Rodrigo</i> |
| Fecha:  | 16-02-07                      | 16-02-07                           | 16-02-07                    |


|   |  |   |           |
|---|--|---|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                      |  | REV:      |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                                    |   | HOJA: 159 |
|   | <b>19.- Procedimiento para Membrete para Soluciones Parenterales</b> |   | DE: 341   |

**FORMATO E INSTRUCTIVOS.**  
**FORMATO: ETIQUETA MEMBRETADA PARA SOLUCIONES**

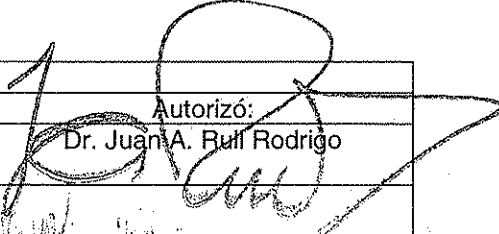
| No. | CONCEPTO       | SE ANOTARÁ   |
|-----|----------------|--|
| 1   | Cama           | No. de cama asignada al paciente.                                  |
| 2   | Fecha          | Día, mes y año en que se preparó la solución.                      |
| 3   | Nombre         | Nombre completo del paciente                                       |
| 4   | Solución       | Tipo de solución y complementos indicados.                         |
| 5   | A pasar en     | El número de horas en que esta indicada la infusión.               |
| 6   | Horas inicio   | La hora en que empezó la infusión.                                 |
| 7   | Gotas p/minuto | El goteo calculado de acuerdo a las horas de la indicación medica. |
| 8   | Preparó        | El nombre completo de la enfermera que preparó la solución.        |
| 9   | Instaló        | El nombre completo de la enfermera que instaló la solución.        |


| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                      |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                                    |   | HOJA:160 |
|   | <b>19.- Procedimiento para Membrete para Soluciones Parenterales</b> |   | DE: 341  |

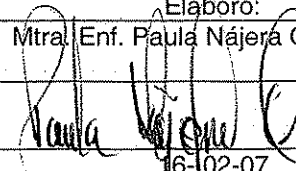
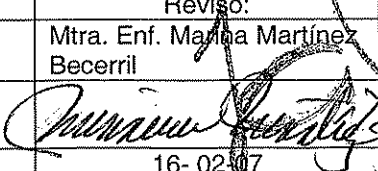
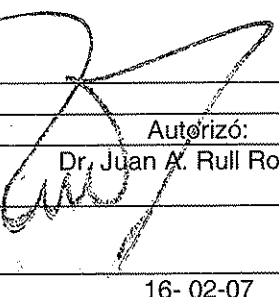
|   |                       |
|---|-----------------------|
| <b>MEMBRETE PARA LAS SOLUCIONES</b>   |                       |
|  |                       |
| CAMA: <u>1</u>  | FECHA: <u>2</u>       |
| NOMBRE: <u>3</u>  |                       |
| SOLUCION: <u>4</u>  |                       |
| A PASAR EN: <u>5</u> Hrs.   | HORA INICIO: <u>6</u> |
| GOTAS P/MINUTO: <u>7</u>  |                       |
| PREPARO: <u>8</u>   |                       |
| INSTALO: <u>9</u>   |                       |

20003200

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:161 |
|   | <b>20.- Procedimiento para Hoja de Registro de Pacientes<br/>con Catéter Intravascular Central y Periférico</b> |   | DE: 341  |

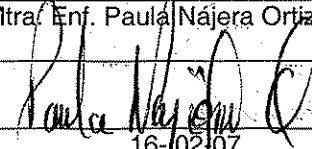
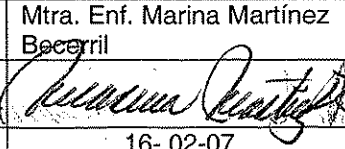

**20.- PROCEDIMIENTO PARA HOJA DE REGISTRO DE PACIENTES CON CATÉTER INTRAVASCULAR  
CENTRAL Y PERIFÉRICO**


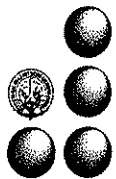
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Mariana Martínez Becerril   | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:162 |
|   | <b>20.- Procedimiento para Hoja de Registro de Pacientes<br/>con Catéter Intravascular Central y Periférico</b> |   | DE: 341  |

**OBJETIVO**

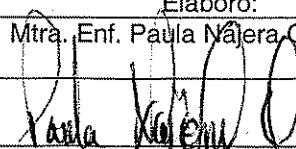
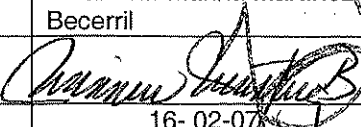
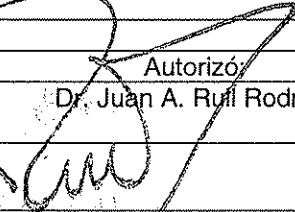
Contar con un instrumento que permita registrar los procedimientos de venopunción para detección de eventos adversos que permitan la prevención de infecciones nosocomiales.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:163 |
|   | <b>20.- Procedimiento para Hoja de Registro de Pacientes<br/>con Catéter Intravascular Central y Periférico</b> |   | DE: 341  |

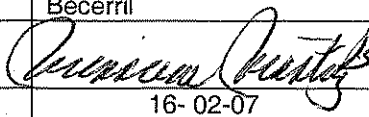
**POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN**

- 1.- Abrir la hoja a todo paciente que se le realice un procedimiento de venopunción central y periférica.
- 2.- Al egreso del paciente la hoja se entregará al departamento de epidemiología hospitalaria.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | D. Juan A. Ruiz Rodrigo   |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:164 |
|   | <b>20.- Procedimiento para Hoja de Registro de Pacientes con Catéter Intravascular Central y Periférico</b> |   | DE: 341  |

| UNIDAD O PERSONAS QUE INTERVIENEN    | NÚMERO DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD  |
|--------------------------------------|---------------------|--|
| Enfermeras<br>Líneas Intravasculares | 1                   | Anotar nombre completo del paciente, Registro, No. De cama y fecha de ingreso.   |
|                                      | 2                   | Si el paciente requiere de líneas intravasculares (central, periférico y/o arterial), se anotará fecha de instalación, antiséptico utilizado, si se usa bata, guantes, cubre bocas y quién lo instaló. |
|                                      | 3                   | Cuando es necesario cambiar o retirar la línea, debe anotarse si el retiro es por mejoría, infección, cambio y quién lo instaló.   |
|                                      | 4                   | Cuando el paciente se da de alta, la hoja se entrega a epidemiología hospitalaria.<br><b>FIN DEL PROCEDIMIENTO.</b>  |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

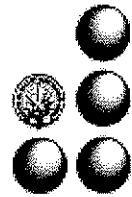




# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

Subdirección de Enfermería

20.- Procedimiento para Hoja de Registro de Pacientes con Catéter Intravascular Central y Periférico

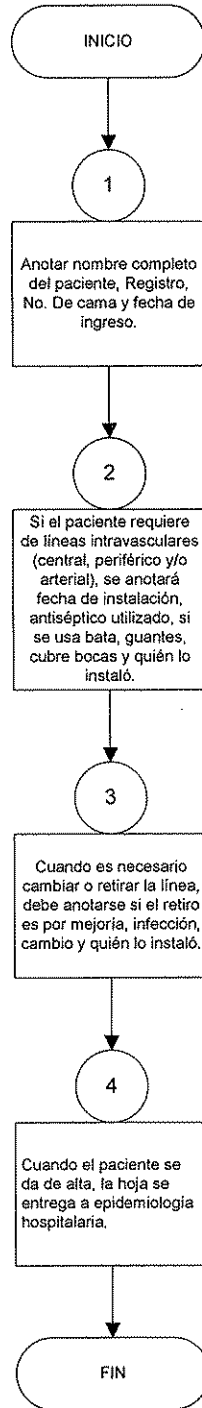


REV:

HOJA: 165

DE: 341

## Enfermeras Líneas Intravasculares



CONTROL DE EMISION

Elaboró:

Revisó:

Autorizó:

Nombre:

Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz

Mtra. Enf. Marina Martínez Becerra

Dr. Juan A. Rull Rodrigo

Firma:

*Paula Najera Ortiz*

*Marina Martínez Becerra*

*Juan A. Rull Rodrigo*

Fecha:

16-02-07

16-02-07

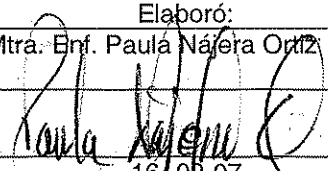
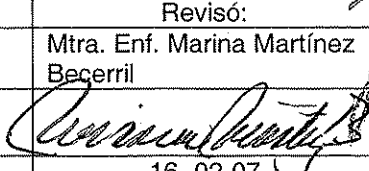
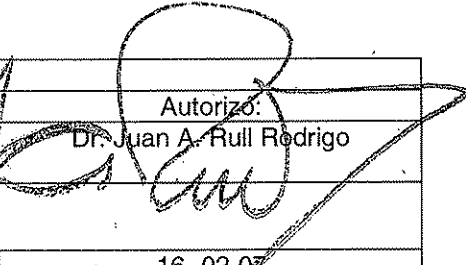
16-02-07

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:166 |
|   | <b>20.- Procedimiento para Hoja de Registro de Pacientes<br/>con Catéter Intravascular Central y Periférico</b> |   | DE: 341  |

**FORMATOS E INSTRUCTIVOS.**

**FORMATO: PARA HOJA DE REGISTRO DE PACIENTES CON CATÉTER INTRAVASCULAR CENTRAL Y PERIFÉRICO**

| No. | CONCEPTO  | SE ANOTARÁ  |
|-----|-----------|---|
| 1   | Nombre    | Nombre completo del paciente  |
| 2   | Registro  | Número de expediente del paciente.  |
| 3   | Cama      | No. de cama designada al paciente.  |
| 4   | Catéteres | Marca en el renglón correspondiente, fecha de instalación, fecha de retiro, antiséptico, bata, guantes, cubre bocas y las indicaciones de retiro. |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16/02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



### Cultivos

Toma de cultivo de punta de catéter (1)  
Toma de hemocultivo transcatéter (2)

Toma de hemocultivo periférico (3)  
Toma de cultivo de secreción (4)

23. Toma de  Fecha       
Día / mes / año  
 UFC

| Germen1  |                      | Germen2  |                      | Germen3  |                      |
|--|----------------------|--|----------------------|--|----------------------|
| Clave: <input type="text"/> <input type="text"/> |                      | Clave: <input type="text"/> <input type="text"/> |                      | Clave: <input type="text"/> <input type="text"/> |                      |
| <i>Re</i>  | <i>Tx</i>            | <i>Re</i>  | <i>Tx</i>            | <i>Re</i>  | <i>Tx</i>            |
| <input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                             | <input type="text"/> |
| <input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                             | <input type="text"/> |

24. Toma de  Fecha       
Día / mes / año  
 UFC

| Germen1  |                      | Germen2  |                      | Germen3  |                      |
|--|----------------------|--|----------------------|--|----------------------|
| Clave: <input type="text"/> <input type="text"/> |                      | Clave: <input type="text"/> <input type="text"/> |                      | Clave: <input type="text"/> <input type="text"/> |                      |
| <i>Re</i>  | <i>Tx</i>            | <i>Re</i>  | <i>Tx</i>            | <i>Re</i>  | <i>Tx</i>            |
| <input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                             | <input type="text"/> |
| <input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                             | <input type="text"/> |

25. Toma de  Fecha       
Día / mes / año  
 UFC

| Germen1  |                      | Germen2  |                      | Germen3  |                      |
|--|----------------------|--|----------------------|--|----------------------|
| Clave: <input type="text"/> <input type="text"/> |                      | Clave: <input type="text"/> <input type="text"/> |                      | Clave: <input type="text"/> <input type="text"/> |                      |
| <i>Re</i>  | <i>Tx</i>            | <i>Re</i>  | <i>Tx</i>            | <i>Re</i>  | <i>Tx</i>            |
| <input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                             | <input type="text"/> |
| <input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                             | <input type="text"/> |

26. Toma de  Fecha       
Día / mes / año  
 UFC

| Germen1  |                      | Germen2  |                      | Germen3  |                      |
|--|----------------------|--|----------------------|--|----------------------|
| Clave: <input type="text"/> <input type="text"/> |                      | Clave: <input type="text"/> <input type="text"/> |                      | Clave: <input type="text"/> <input type="text"/> |                      |
| <i>Re</i>  | <i>Tx</i>            | <i>Re</i>  | <i>Tx</i>            | <i>Re</i>  | <i>Tx</i>            |
| <input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                             | <input type="text"/> |
| <input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                             | <input type="text"/> |

27. Neutropenia  
 > 500     500 a >1000     1000 a 1500

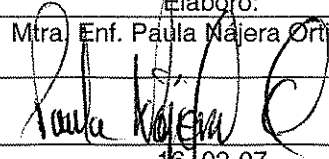
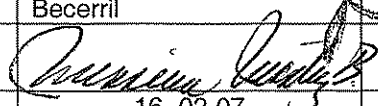
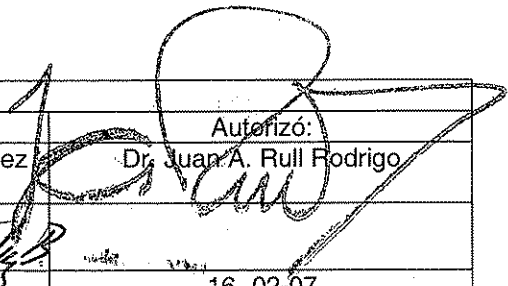
28. Diagnóstico final (Puede marcar mas de un diagnóstico):

|                       |   |                     |   |             |   |
|-----------------------|---|---------------------|---|-------------|---|
| Flebitis química.     | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br><small>Día / mes / año</small> | Celulitis           | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br><small>Día / mes / año</small> | Otros _____ | <input type="checkbox"/> Infecciosa<br><input type="checkbox"/> No infecciosa |
| Bacteremia            | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br><small>Día / mes / año</small> | Inf. T. Blandos     | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br><small>Día / mes / año</small> |             |   |
| Colonización          | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br><small>Día / mes / año</small> | Flebitis infecciosa | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br><small>Día / mes / año</small> |             |   |
| Edema y/o inflamación | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br><small>Día / mes / año</small> |                     |   |             |   |

29. Comentarios \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                   |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                                 |   | HOJA:168 |
|   | <b>21.- Procedimiento para la Hoja de Alimentación Parenteral</b> |   | DE: 341  |

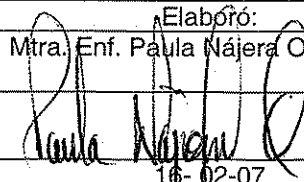
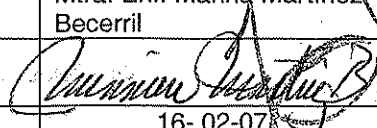
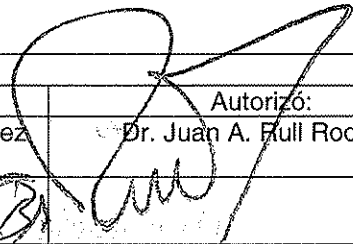
**21.- PROCEDIMIENTO PARA LA HOJA DE ALIMENTACIÓN PARENTERAL**

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Májera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                   |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                                 |   | HOJA:169 |
|   | <b>21.- Procedimiento para la Hoja de Alimentación Parenteral</b> |   | DE: 341  |

**OBJETIVO**

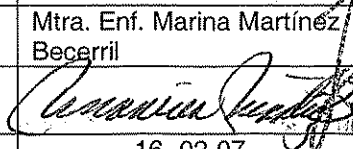
Informar por medio de un instrumento administrativo al Departamento de Medicamentos (farmacia), sobre los componentes que requieren la alimentación parenteral del paciente, para su preparación.


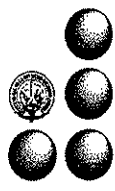
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Full Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |           |
|---|---|---|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                   |  | REV:      |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                                 |   | HOJA: 170 |
|   | <b>21.- Procedimiento para la Hoja de Alimentación Parenteral</b> |   | DE: 341   |

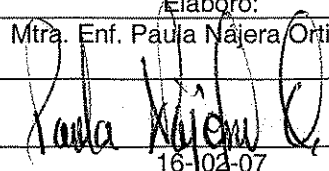
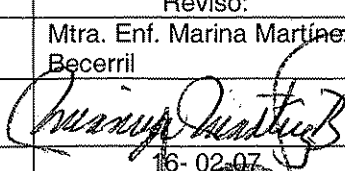
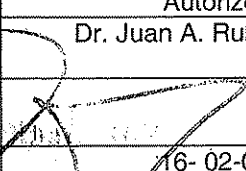
**POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN**

- 1.- Registrar cada 24 horas las indicaciones médicas referentes a los componentes de la alimentación parenteral, de los pacientes que la necesitan.
- 2.- Entregar la hoja de alimentación parenteral a farmacia, antes de las 11:00 horas.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Ruiz-Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                   |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                                 |   | HOJA:171 |
|   | <b>21.- Procedimiento para la Hoja de Alimentación Parenteral</b> |   | DE: 341  |

| UNIDAD O PERSONAS QUE INTERVIENEN | NUMERO DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD  |
|-----------------------------------|---------------------|--|
| Enfermeras Líneas Intravasculares | 1                   | Recibirá en cada piso las indicaciones médicas para anotar en el formato de alimentación parenteral, las soluciones y oligoelementos que necesiten por paciente. |
|                                   | 2                   | Bajar la hoja de alimentación parenteral a la farmacia, para la preparación de las alimentaciones parenterales.<br><b>FIN DEL PROCEDIMIENTO.</b>                 |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerri   | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

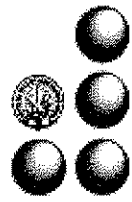




# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

## Subdirección de Enfermería

### 21.- Procedimiento para la Hoja de Alimentación Parenteral

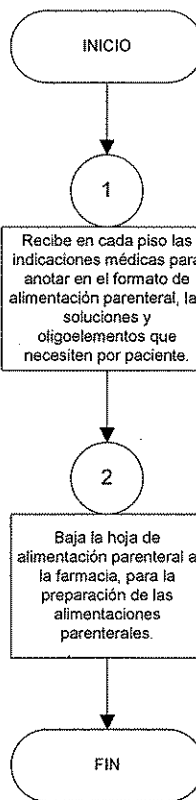


REV:

HOJA: 172

DE: 341

Enfermeras de Líneas Intravasculares



#### CONTROL DE EMISION

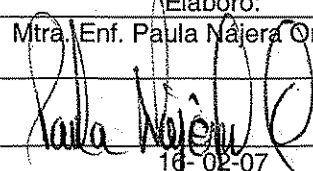
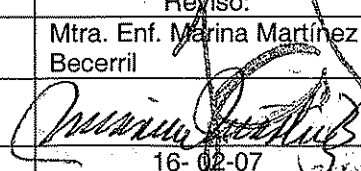
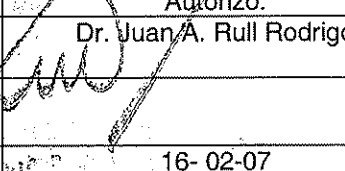
|         |                               |                                     |                               |
|---------|-------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
|         | Elaboró:                      | Revisó:                             | Autorizó:                     |
| Nombre: | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril | Dr. Juan A. Rull Rodríguez    |
| Firma:  | <i>Paula Najera Ortiz</i>     | <i>Marina Martínez Becerril</i>     | <i>Juan A. Rull Rodríguez</i> |
| Fecha:  | 16-02-07                      | 16-02-07                            | 16-02-07                      |

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                   |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                                 |   | HOJA:173 |
|   | <b>21.- Procedimiento para la Hoja de Alimentación Parenteral</b> |   | DE: 341  |

**FORMATO E INSTRUCTIVOS.**

**FORMATO: PARA LA PREPARACIÓN PARA ALIMENTACIÓN PARENTERAL**

| No. | CONCEPTO                   | SE ANOTARÁ  |
|-----|----------------------------|---|
| 1   | Fecha                      | Día, mes y año en forma consecutiva a partir del ingreso del paciente.      |
| 2   | Cama                       | El No. de cama donde se encuentra el paciente.                              |
| 3   | Nombre                     | Nombre completo del paciente  |
| 4   | Nombre de los medicamentos | Nombres de los diferentes medicamentos que se preparan en la alimentación.  |
| 5   | Total                      | Los mililitros que se suministrarán en la alimentación de cada medicamento. |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

NOMBRE ----- 3 -----



Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

FECHA ----- 1 -----

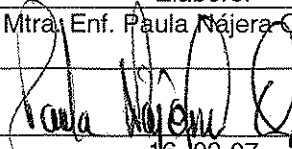
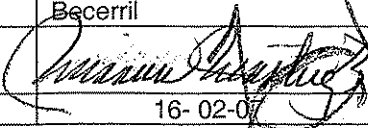
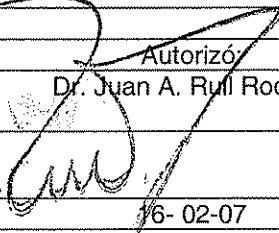
ALIMENTACION PARENTERAL


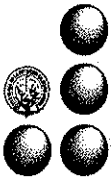
| No. CAMA. |                             |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | TOTAL |
|-----------|-----------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|
| 2         | A.A. CON ELECTROLITOS       | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 5     |
|           | A.A. SIN ELECTROLITOS       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
|           | TRAVASOL CON ELECTROLITOS   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
|           | TRAVASOL SIN ELECTROLITOS   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
|           | DEXTROSA 50% 300ML          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
|           | LIPIDOS AL 10%              |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
|           | LIPIDOS AL 20%              |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
|           | GLUCONATO DE CALCIO         |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
|           | SULFATO DE MAGNESIO         |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
|           | CLORURO DE POTASIO          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
|           | CLORURO DE SODIO            |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
|           | FOSFATO DE POTASIO          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
|           | M.V.I.-12                   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
|           | VITAFUSIN                   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
|           | TRACEFUSIN                  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
|           | SELENO                      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
|           | SULFATO DE ZINC             |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
|           | HEPARINA 5,000 U.I.         |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
|           | INSULINA                    |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
|           | AGUA 1,000 ML.              |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
|           | AZANTAC                     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
|           | BOLSA NUTRIMIX              |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
|           | FLEBOCORT/D                 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
|           | BOLSA DIMIX                 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |
|           | EQUIPO P/BOLSA ALIMENTACION |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |

REV: \_\_\_\_\_  
 HOJA: 174  
 DE: 341

|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA:175 |
|   | <b>22.- Procedimiento para Valoración del Paciente para<br/>Ingresar a la Clínica de Catéteres</b> |   | DE: 341  |

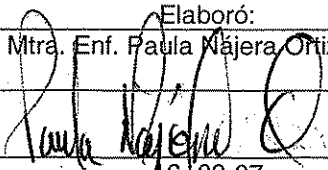
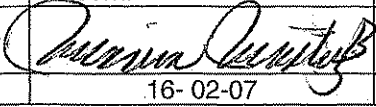
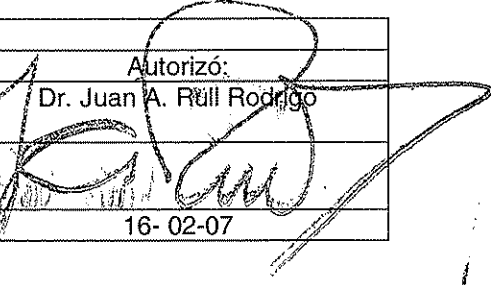
**22.- PROCEDIMIENTO PARA VALORACIÓN DEL PACIENTE PARA INGRESAR A LA CLÍNICA DE CATÉTERES**


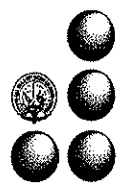
| CONTROL DE EMISION |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA:176 |
|   | <b>22.- Procedimiento para Valoración del Paciente para<br/>Ingresar a la Clínica de Catéteres</b> |   | DE: 341  |

**OBJETIVO**

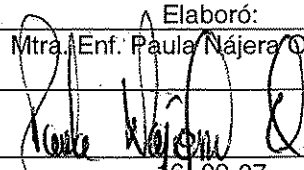
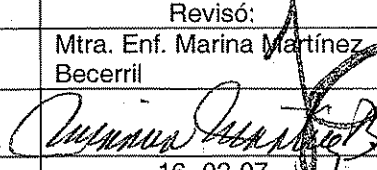
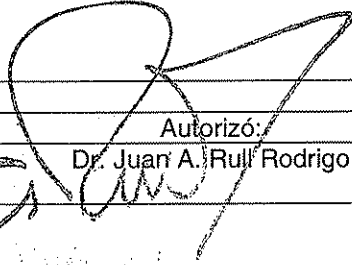
Contar con un instrumento administrativo que permita la valoración y registro de los pacientes que ingresan a la clínica de catéteres para la terapia intravenosa ambulatoria.


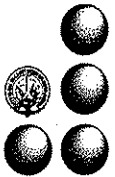
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA:177 |
|   | <b>22.- Procedimiento para Valoración del Paciente para<br/>Ingresar a la Clínica de Catéteres</b> |   | DE: 341  |

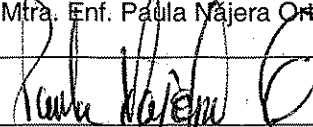
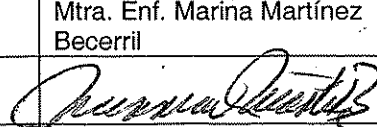
**POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN**

- 1.- Valorar el nivel socioeconómico para confirmar la instalación del catéter a permanencia corta y larga, se hará con pacientes que puedan pagar el mantenimiento de este.
- 2.- El catéter a permanencia corta o larga se coloca a pacientes dentro del área urbana y en caso de Pacientes foráneos se requerirá de capacitar a una enfermera para su mantenimiento.
- 3.- El paciente que no cumpla con lo anterior no podrá ingresar a la clínica.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |           |
|---|--|---|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:      |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA: 178 |
|   | <b>22.- Procedimiento para Valoración del Paciente para Ingresar a la Clínica de Catéteres</b> |   | DE: 341   |

| UNIDAD O PERSONAS QUE INTERVIENEN | NÚMERO DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD   |
|-----------------------------------|---------------------|---|
| Enfermera de Clínica de Catéteres | 1                   | Identificará a los pacientes para valoración de ingreso a la clínica de catéteres.  |
|                                   | 2                   | Registrará en la hoja los datos de los pacientes que sean candidatos para terapia ambulatoria.  |
|                                   | 3                   | La hoja se archiva con los datos del domicilio del paciente para darle seguimiento fuera del hospital.<br><b>FIN DEL PROCEDIMIENTO.</b> |

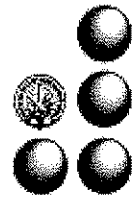
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

## Subdirección de Enfermería

### 22.- Procedimiento para Valoración del Paciente para Ingresar a la Clínica de Catéteres

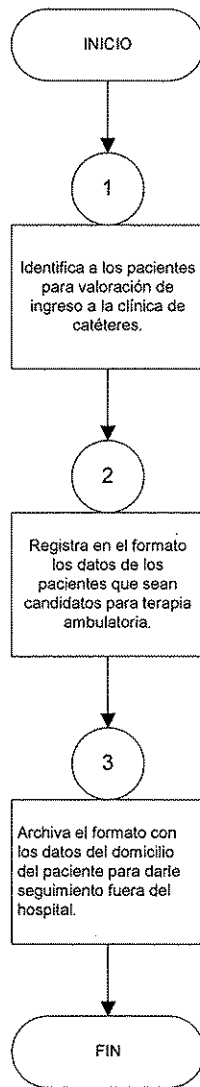


REV:

HOJA: 179

DE: 341

Enfermera de Clínica de Catéteres



#### CONTROL DE EMISION

Elaboró:

Revisó:

Autorizó:

Nombre:

Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz

Mtra. Enf. Marina Martínez Becerra

Dr. Juan A. Rull Rodrigo

Firma:

*Paula Najera Ortiz*

*Marina Martínez Becerra*

*Juan A. Rull Rodrigo*


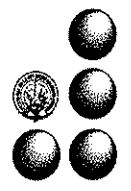
Fecha:

16-02-07

16-02-07

16-02-07

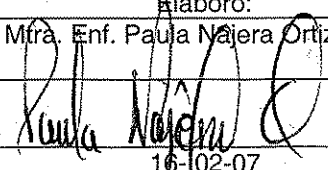
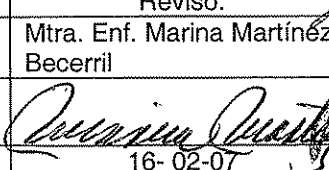
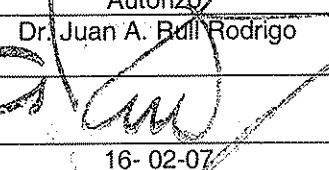


|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA:180 |
|   | <b>22.- Procedimiento para Valoración del Paciente para<br/>Ingresar a la Clínica de Catéteres</b> |   | DE: 341  |

**FORMATO E INSTRUCTIVOS.**

**FORMATO: PARA VALORACIÓN DEL PACIENTE PARA INGRESAR A LA CLÍNICA DE CATÉTERES**

| No. | CONCEPTO                         | SE ANOTARÁ   |
|-----|----------------------------------|--|
| 1   | Fecha                            | Día, mes y año en que ingresa el paciente.   |
| 2   | Registro y Cama                  | Número del expediente del paciente y número de cama asignada.  |
| 3   | Nombre Edad y Sexo               | Nombre completo del paciente, años cumplidos y anotar una (F) para Femenino y una (M) para Masculino.  |
| 4   | Datos de Instalación del Catéter | Si trae catéter, fecha de instalación, tipo de catéter, técnica, tunelización, sitio y lugar de instalación.   |
| 5   | Indicación del Catéter           | Tipo de instalación, cambio de guía asepsia, complicaciones, instaló y puesto.   |
| 6   | Complicaciones.                  | Se anota los signos y síntomas que presenta el paciente..  |
| 7   | Datos de retiro del catéter.     | Fecha del retiro,, quién lo retiro y motivo del retiro.  |
| 8   | Egresos con catéter              | Sí el paciente se fue con su catéter y/o sí se le retiro y fecha de alta.  |
| 9   | Cultivos                         | Sí presentó infección, se tomo cultivo con la punta del catéter, cultivo transcatéter, hemocultivo perife Rico y/o toma de cultivo de secreción con la fecha en que se tomaron los cultivos. |
| 10  | Registro de datos de laboratorio | Registrar los valores de las plaquetas, si existe o no neutropenia.  |
| 11  | Diagnóstico final                | Se marca el tipo de infección.   |
| 12  | Comentarios.                     | Las observaciones por el personal de enfermería para dar seguimiento de las complicaciones que se presentaron y/o alta definitiva del paciente.  |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Bull Rodríguez  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



**Cultivos**

Toma de cultivo de punta de catéter (1)  
Toma de hemocultivo transcatéter (2)

Toma de hemocultivo periférico (3)  
Toma de cultivo de secreción (4)

23. Toma de  Fecha       
Día / mes / año  
UFC

| Germen1  |                      | Germen2  |                      | Germen3  |                      |
|--|----------------------|--|----------------------|--|----------------------|
| Clave: <input type="text"/> <input type="text"/> |                      | Clave: <input type="text"/> <input type="text"/> |                      | Clave: <input type="text"/> <input type="text"/> |                      |
| Re   | Tx                   | Re   | Tx                   | Re   | Tx                   |
| <input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                             | <input type="text"/> |
| <input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                             | <input type="text"/> |
| <input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                             | <input type="text"/> |

24. Toma de  Fecha       
Día / mes / año  
UFC

| Germen1  |                      | Germen2  |                      | Germen3  |                      |
|--|----------------------|--|----------------------|--|----------------------|
| Clave: <input type="text"/> <input type="text"/> |                      | Clave: <input type="text"/> <input type="text"/> |                      | Clave: <input type="text"/> <input type="text"/> |                      |
| Re   | Tx                   | Re   | Tx                   | Re   | Tx                   |
| <input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                             | <input type="text"/> |
| <input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                             | <input type="text"/> |
| <input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                             | <input type="text"/> |

25. Toma de  Fecha       
Día / mes / año  
UFC

| Germen1  |                      | Germen2  |                      | Germen3  |                      |
|--|----------------------|--|----------------------|--|----------------------|
| Clave: <input type="text"/> <input type="text"/> |                      | Clave: <input type="text"/> <input type="text"/> |                      | Clave: <input type="text"/> <input type="text"/> |                      |
| Re   | Tx                   | Re   | Tx                   | Re   | Tx                   |
| <input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                             | <input type="text"/> |
| <input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                             | <input type="text"/> |
| <input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                             | <input type="text"/> |

26. Toma de  Fecha       
Día / mes / año  
UFC

| Germen1  |                      | Germen2  |                      | Germen3  |                      |
|--|----------------------|--|----------------------|--|----------------------|
| Clave: <input type="text"/> <input type="text"/> |                      | Clave: <input type="text"/> <input type="text"/> |                      | Clave: <input type="text"/> <input type="text"/> |                      |
| Re   | Tx                   | Re   | Tx                   | Re   | Tx                   |
| <input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                             | <input type="text"/> |
| <input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                             | <input type="text"/> |
| <input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                             | <input type="text"/> |

27. Neutropenia <sup>10</sup>  
 > 500     500 a >1000     1000 a 1500


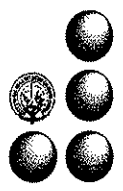
28. Diagnóstico final (Puede marcar mas de un diagnóstico): <sup>11</sup>

Flebitis química.        
Día mes año  
Bacteremia        
Día / mes / año  
Colonización        
Día / mes / año  
Edema y/o inflamación        
Día / mes / año

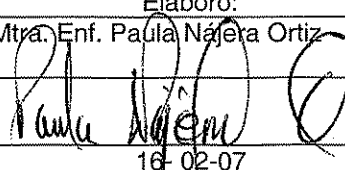
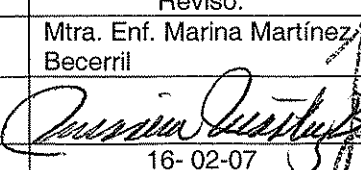
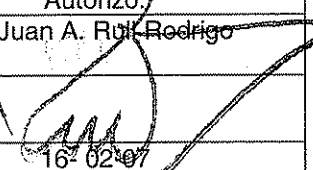
Celulitis        
Día mes año  
Inf. T. Blandos        
Día / mes / año  
Flebitis infecciosa        
Día mes año


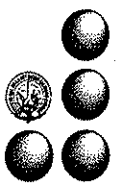
Otros \_\_\_\_\_ {  Infecciosa  
 No infecciosa

29. Comentarios <sup>12</sup> \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>          |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                            |   | HOJA:182 |
|   | <b>23.- Procedimiento para Hoja de Control de Soluciones</b> |   | DE: 341  |

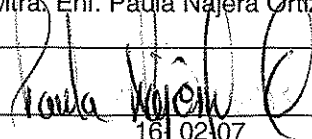
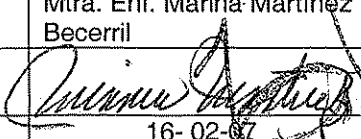
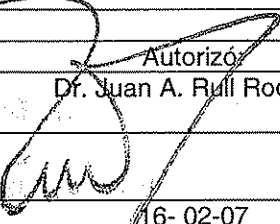
**23.- PROCEDIMIENTO PARA HOJA DE CONTROL DE SOLUCIONES**


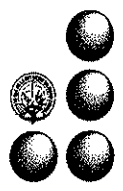
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Ruiz-Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>              |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                            |   | HOJA:183 |
|   | <b>23.- Procedimiento para Hoja de Control de Soluciones</b> |   | DE: 341  |

**OBJETIVO**

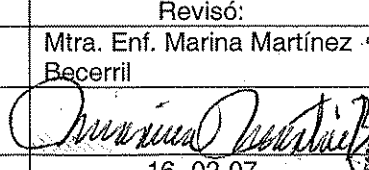
Contar con un instrumento administrativo para control de soluciones parenterales, por las enfermeras de la clínica de terapia intravenosa, de los servicios de hospitalización (1°, 2°, 3° y 4° piso).


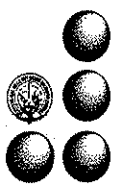
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>              |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                            |   | HOJA:184 |
|   | <b>23.- Procedimiento para Hoja de Control de Soluciones</b> |   | DE: 341  |

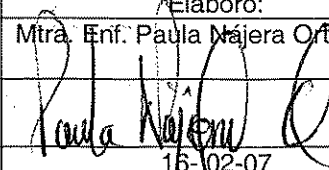
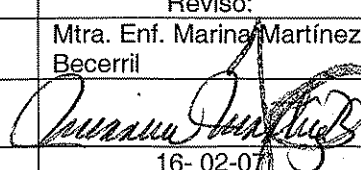
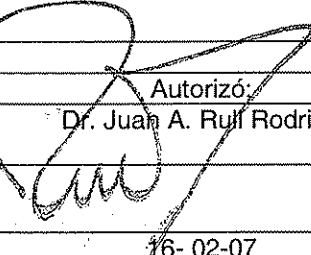
**POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN**

- 1.- La enfermera de líneas intravasculares actualizará la hoja por turno, después de revisar indicaciones Médicas

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodríguez  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>              |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                            |   | HOJA:185 |
|   | <b>23.- Procedimiento para Hoja de Control de Soluciones</b> |   | DE: 341  |

| UNIDAD O PERSONAS QUE INTERVIENEN | NÚMERO DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD   |
|-----------------------------------|---------------------|---|
| Enfermera de Clínica de Catéteres | 1                   | Revisa las indicaciones médicas y registra la solución indicada en las hojas de control de soluciones parenterales. |
|                                   | 2                   | Continúa la hoja en cada turno.   |
|                                   | 3                   | La hoja se cambia una vez que este en malas condiciones.<br><b>FIN DEL PROCEDIMIENTO.</b>                           |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 15-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

Subdirección de Enfermería

23.- Procedimiento para Hoja de Control de Soluciones

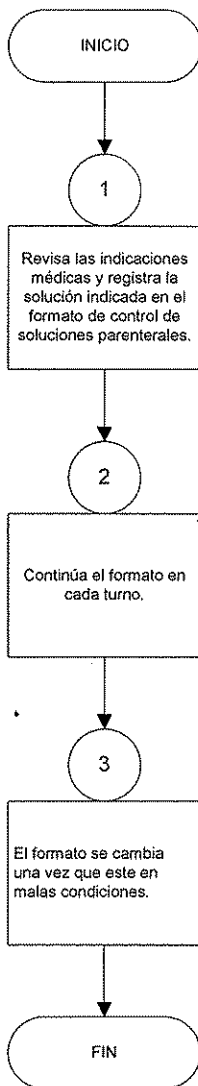


REV:

HOJA: 186

DE: 341

Enfermera de Clínica de Catéteres



CONTROL DE EMISION

Elaboró:

Revisó:

Autorizó:

Nombre:

Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz

Mtra. Enf. Marina Martínez Becerra

Dr. Juan A. Rull Rodrigo

Firma:


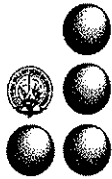
Fecha:

16-02-07

16-02-07

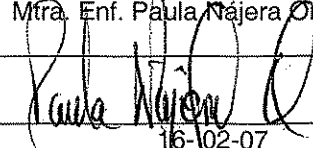
16-02-07



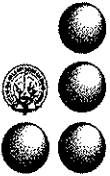
|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>              |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                            |   | HOJA:187 |
|   | <b>23.- Procedimiento para Hoja de Control de Soluciones</b> |   | DE: 341  |

**FORMATO E INSTRUCTIVOS.  
FORMATO: PARA CONTROL DE LÍNEAS INTRAVASCULARES**

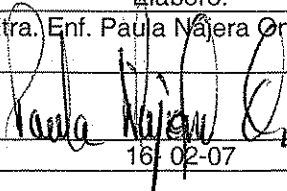
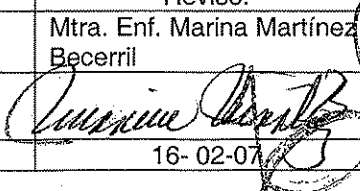
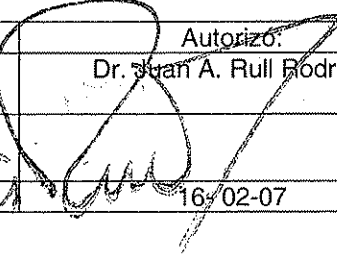
| No. | CONCEPTO             | SE ANOTARÁ   |
|-----|----------------------|--|
| 1   | Cama                 | Número de la cama asignada   |
| 2   | Registro             | Número del expediente del paciente.                                |
| 3   | Nombre               | Nombre completo del paciente                                       |
| 4   | Diagnóstico          | El padecimiento de base del paciente.                              |
| 5   | Solución             | Tipo de solución y electrolito ó medicamento indicado en infusión. |
| 6   | Vía                  | Si es central o periférica la venoclisis.                          |
| 7   | Fecha de Instalación | Día, mes y año en que se instaló la venoclisis.                    |
| 8   | Observaciones        | El motivo que cambio ó retiro, incidentes, etc.                    |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. María Martínez Becerri  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                 |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                               |   | HOJA:189 |
|   | <b>24.- Procedimiento para Receta Interna para Medicamentos</b> |   | DE: 341  |

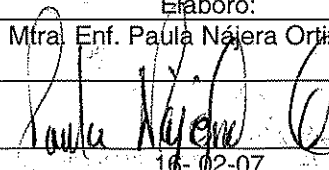
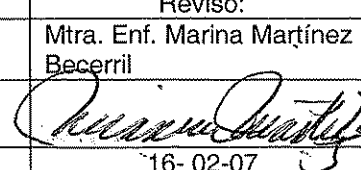
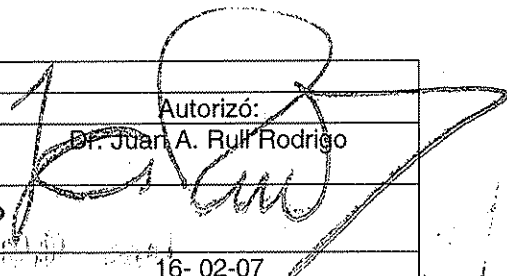
**24.- PROCEDIMIENTO PARA RECETA INTERNA PARA MEDICAMENTOS**

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                 |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                               |   | HOJA:190 |
|   | <b>24.- Procedimiento para Receta Interna para Medicamentos</b> |   | DE: 341  |

**OBJETIVO**

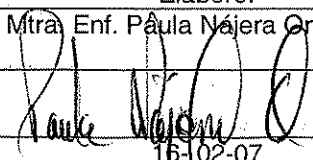
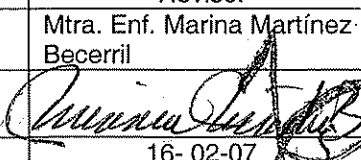
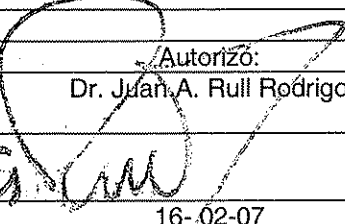
Contar con un documento administrativo para el control de los medicamentos solicitados por paciente, para los servicios de hospitalización, cuentas por cobrar y farmacia.


| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>                 |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                                   |   | HOJA:191 |
|   | <b>24.- Procedimiento para Receta Interna para<br/>Medicamentos</b> |   | DE: 341  |

**POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN**

- 1.- Sólo se solicitarán medicamentos a pacientes hospitalizados.
- 2.- Únicamente se solicitarán medicamentos para cubrir las dosis de 24 horas.
- 3.- Todas las recetas elaboradas en el turno vespertino, nocturno y turnos especiales llevarán la firma de la jefe de servicio en turno.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                 |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                               |   | HOJA:192 |
|   | <b>24.- Procedimiento para Receta Interna para Medicamentos</b> |   | DE: 341  |

| UNIDAD O PERSONAS QUE INTERVIENEN  | NÚMERO DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD  |
|------------------------------------|---------------------|--|
| Jefe de Servicio Turno Matutino    | 1                   | Entrega la lista de los medicamentos de cada paciente de 24 horas a la agente de información y los medicamentos urgentes los tramitara para su pronta elaboración.   |
| Apoyo Administrativo               | 2                   | Realiza primero las recetas urgentes y posteriormente el recetario restante se hará la captura en el sistema de farmacia, las recetas de autorización, las captura individualmente para que sean firmadas por el médico responsable. |
|                                    | 3                   | Imprime el recetario seleccionando las recetas por los médicos responsables.   |
| Jefe de Servicio                   | 4                   | Firma las recetas.   |
| Auxiliar de Enfermería o Afanadora | 5                   | Entrega las recetas a los médicos responsables de cada sector, para la autorización de las mismas.   |
|                                    | 6                   | Lleva las recetas para autorización a los diversos servicios como son hematología, Infectología y a la Dirección médica. Una vez autoriza se envían a la farmacia para que sean despachadas.   |
|                                    | 7                   | En turno vespertino se elaboran recetas en sistema hasta las 18 horas.<br><b>FIN DEL PROCEDIMIENTO.</b>  |

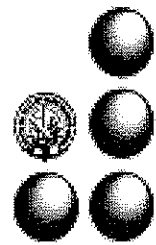
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

## Subdirección de Enfermería

### 24.- Procedimiento para Receta Interna para Medicamentos



REV:

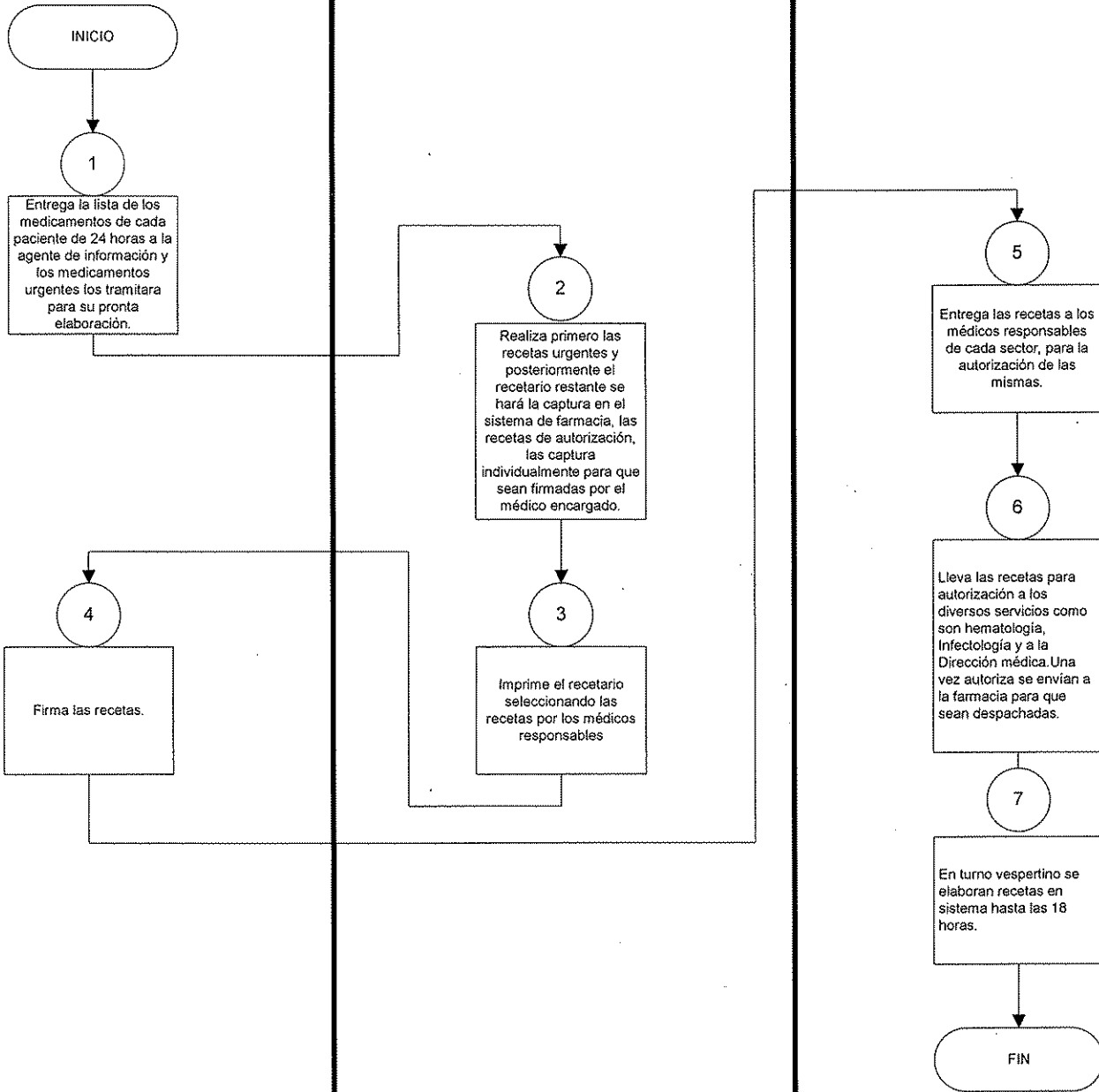
HOJA: 193

DE: 341

Jefe de Servicio Turno Matutino


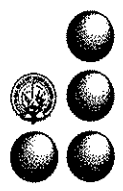
Apoyo Administrativo

Auxiliar de Enfermería ó Afanadora



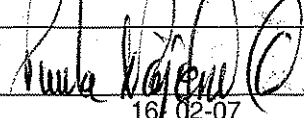
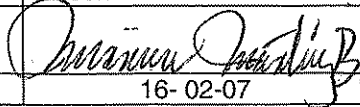
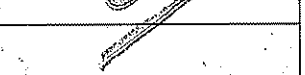
#### CONTROL DE EMISION

|         | Elaboró:                      | Revisó:                            | Autorizó:                |
|---------|-------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| Nombre: | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerra | Dr. Juan A. Rull Rodrigo |
| Firma:  |                               |                                    |                          |
| Fecha:  | 16-02-07                      | 16-02-07                           | 16-02-07                 |


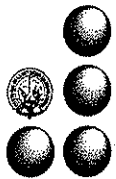
|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                 |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                               |   | HOJA:194 |
|   | <b>24.- Procedimiento para Receta Interna para Medicamentos</b> |   | DE: 341  |

**FORMATO E INSTRUCTIVOS.  
FORMATO: PARA RECETA INTERNA PARA MEDICAMENTOS**

| No. | CONCEPTO                               | SE ANOTARÁ  |
|-----|--|---|
| 1   | No. de receta                          | No. consecutivo asignado por el sistema de farmacia.  |
| 2   | Fecha                                  | Día, mes y año en que se realiza la receta.   |
| 3   | Paciente                               | Número de expediente del paciente.  |
| 4   | Nombre                                 | Nombre completo del paciente  |
| 5   | Cve. Depto. Y Nombre                   | La clave que le asignaron al departamento en computación y el nombre del departamento.            |
| 6   | Cama                                   | Número de cama de donde procede el paciente.  |
| 7   | Clasificación                          | Número de nivel socioeconómico asignado al paciente.  |
| 8   | Clave                                  | Clave numérica asignada al medicamento en el catálogo de medicamentos proporcionado por farmacia. |
| 9   | Cant.                                  | Cantidad total de medicamento solicitado para el paciente.  |
| 10  | Uni. Med.                              | Presentación en la que viene el medicamento (fco., amp., lts., pza., etc.)                        |
| 11  | Descripción                            | Nombre del medicamento y dosis en la presentación.  |
| 12  | Enf. Jefe de Servicio                  | Nombre y firma de la enfermera jefe de servicio que autoriza la receta.                           |
| 13  | Aux. Administrativa                    | Nombre y firma de la persona que realizó la receta, (secretaria, Aux., etc.)                      |
| 14  | Vo.Bo.<br>Departamento de Medicamentos | Nombre y firma de la persona responsable de despachar el medicamento.                             |
| 15  | Médico Responsable                     | Nombre y firma del médico responsable del paciente.   |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Bull Rodríguez  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



|   |   |   |           |
|---|---|---|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                 |  | REV:      |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                               |   | HOJA: 195 |
|   | <b>24.- Procedimiento para Receta Interna para Medicamentos</b> |   | DE: 341   |

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION  
SALVADOR ZUBIRAN

No. RECETA 1  
FECHA 2



PACIENTE 3      NOMBRE 4

CVE. DEPTO. Y NOMBRE 5      CAMA 6      CLASIF. 7

| CLAVE | CANT. | UNI. MED. | DESCRIPCION |
|-------|-------|-----------|-------------|
| 8     | 9     | 10        | 11          |
|       |       |           |             |

ENFERMERA 12

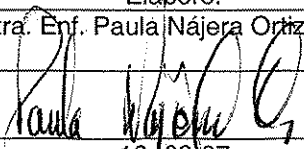
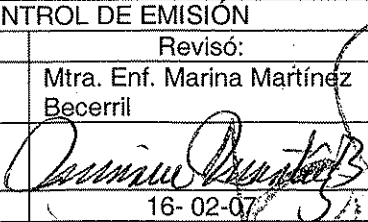
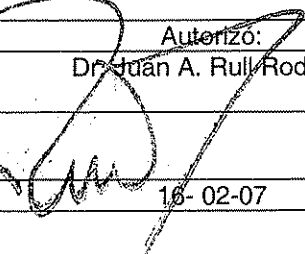
AUX. ADMINISTRATIVA 13

Vo.Bo. DEPARTAMENTO DE MEDICAMENTOS 14

MEDICO RESPONSABLE 15

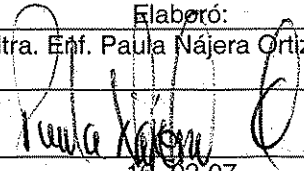
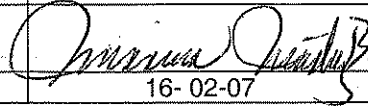
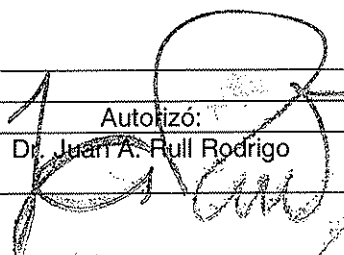
**CONTABILIDAD**

08026120

| CONTROL DE EMISION |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull/Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>                |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                                  |   | HOJA:196 |
|   | <b>25.- Procedimiento para Solicitud de Medicamento Controlado</b> |   | DE: 341  |

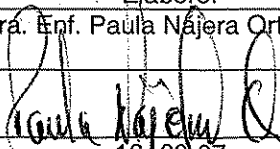
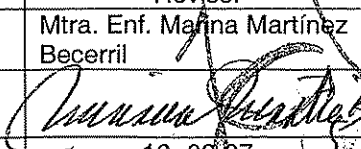
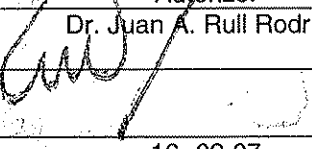
**25.- PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD DE MEDICAMENTO CONTROLADO**

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Full Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                    |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                                  |   | HOJA:197 |
|   | <b>25.- Procedimiento para Solicitud de Medicamento Controlado</b> |   | DE: 341  |

**OBJETIVO**

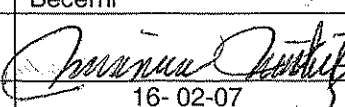
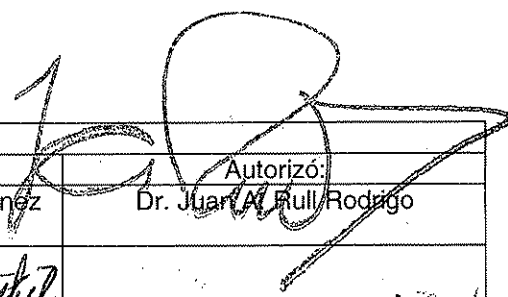
Contar con un instrumento administrativo para el registro de los medicamentos controlados, manteniéndolos en resguardo seguro y al mismo tiempo con la disponibilidad requerida en cada servicio.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |           |
|---|--|---|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>                    |  | REV:      |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                                      |   | HOJA: 198 |
|   | <b>25.- Procedimiento para Solicitud de Medicamento<br/>Controlado</b> |   | DE: 341   |

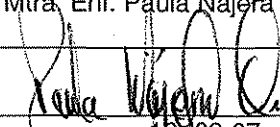
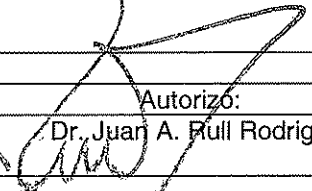
**POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN**

- 1.- Únicamente se solicitarán medicamentos por prescripción médica escrita, indicando la dosis, vía de administración y horario.
- 2.- Para uso intrahospitalario toda solicitud deberá contar con el nombre completo del paciente, número de registro, número de cama, diagnóstico, firma de la persona que solicita y de la persona facultada para autorizarlo.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Bull/Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                    |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                                  |   | HOJA:199 |
|   | <b>25.- Procedimiento para Solicitud de Medicamento Controlado</b> |   | DE: 341  |

| UNIDAD O PERSONAS QUE INTERVIENEN             | NÚMERO DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD   |
|---|---------------------|---|
| Medico  | 1                   | Prescribe el fármaco en la hoja de indicación médica.   |
| Enfermera                                     | 2                   | Revisa la hoja de indicación médica.  |
| Jefe de servicio                              | 3                   | Recibe la solicitud de medicamento, lo entrega a la secretaria (área de hospitalización) para que elabore la receta.                                      |
| secretaria                                    | 4                   | Captura las recetas por cada medicamento controlado en el sistema de farmacia, imprime las recetas y las entrega a la jefe de servicio para que la firme. |
| Jefe de Servicio                              | 5                   | Firma la receta, la entrega a la auxiliar de enfermería.  |
| Auxiliares ó Afanadores                       | 6                   | Traslada la receta a los sitios donde se encuentran los médicos facultados para firmarlas.  |
| Médico Registrado ante la Secretaría de Salud | 7                   | Aprueba la receta mediante su firma.  |
| Auxiliares ó Afanadores                       | 8                   | Una vez recabadas las firmas en las recetas, llevan este formato a la farmacia.   |
|   | 9                   | Recibe los medicamentos y los traslada al servicio que los solicito entregándolos a la jefa de servicio.  |
| Jefe de Servicio                              | 10                  | Resguarda los medicamentos hasta su utilización, bajo llave, excepto en la unidad de terapia intensiva y urgencias.<br><b>FIN DEL PROCEDIMIENTO.</b>      |

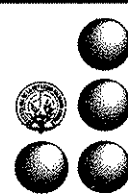
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Mariña Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Full Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 15-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



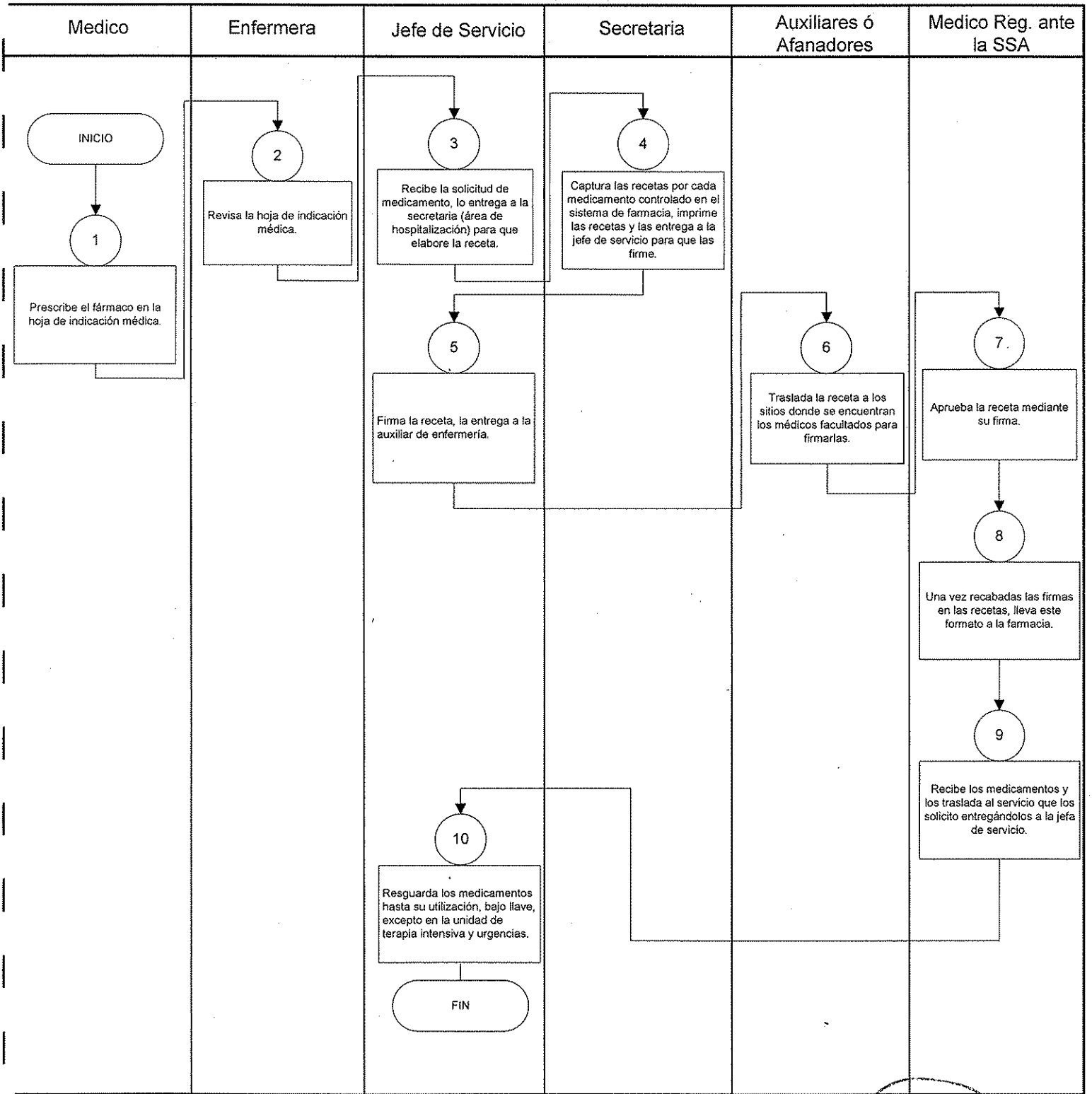
# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

Subdirección de Enfermería

25.- Procedimiento para Solicitud de Medicamento



REV: \_\_\_\_\_  
 HOJA: 200  
 DE: 341



### CONTROL DE EMISIÓN

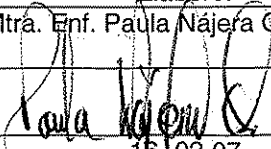
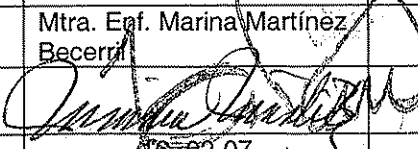
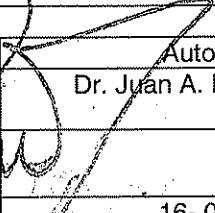
|        | Elaboró:                      | Revisó:                            | Autorizó:                |
|--------|-------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| Nombre | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerra | Dr. Juan A. Ruiz Rodrigo |
| Firma  |                               |                                    |                          |
| Fecha  | 16-02-07                      | 16-02-07                           | 16-02-07                 |

|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                    |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                                  |   | HOJA:201 |
|   | <b>25.- Procedimiento para Solicitud de Medicamento Controlado</b> |   | DE: 341  |

**FORMATO E INSTRUCTIVOS.**

**FORMATO: PARA RECETA INTERNA PARA MEDICAMENTO CONTROLADO**

| No. | CONCEPTO                               | SE ANOTARÁ   |
|-----|--|--|
| 1   | No. de receta                          | No. consecutivo asignado por el sistema de farmacia.   |
| 2   | Fecha                                  | Día, mes y año en que se realiza la receta.  |
| 3   | Paciente                               | Número de expediente del paciente.   |
| 4   | Nombre                                 | Nombre completo del paciente   |
| 5   | Cve. Depto. Y Nombre                   | La clave que le asignaron al departamento en computación y el nombre del departamento.                           |
| 6   | Cama                                   | Número de cama de donde procede el paciente.   |
| 7   | Clasificación                          | Número de nivel socioeconómico asignado al paciente.   |
| 8   | Clave                                  | Clave numérica asignada al medicamento en el catálogo de medicamentos proporcionado por farmacia.                |
| 9   | Cant.                                  | Cantidad total de medicamento solicitado para el paciente.   |
| 10  | Uni. Med.                              | Presentación en la que viene el medicamento (fco., amp., lts., pza., etc.)                                       |
| 11  | Descripción                            | Nombre del medicamento y dosis en la presentación.   |
| 12  | Enf. Jefe de Servicio                  | Nombre y firma de la enfermera jefe de servicio que autoriza la receta.  |
| 13  | Apoyo Administrativo                   | Nombre y firma de la persona que realizó la receta, (secretaria, Aux., etc.)                                     |
| 14  | Vo.Bo.<br>Departamento de Medicamentos | Nombre y firma de la persona responsable de despachar el medicamento.  |
| 15  | Médico Responsable                     | Nombre y firma del médico responsable ante la secretaría de salud quien esta facultado para autorizar la receta. |

| CONTROL DE EMISION |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerra   | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|  |   |  |           |
|--|---|--|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>             |  | REV:      |
|  | <b>Subdirección de Enfermería</b>                           |  | HOJA: 202 |
|  | 25.- Procedimiento para Solicitud de Medicamento Controlado |  | DE: 341   |

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION  
SALVADOR ZUBIRAN

No. RECETA 1  
FECHA 2



PAIENTE 3      NOMBRE 4  
CVE. DEPTO. Y NOMBRE 5

CAMA 6      CLASIF. 7

| CLAVE | CANT. | UNI. MED. | DESCRIPCION |
|-------|-------|-----------|-------------|
| 8     | 9     | 10        | 11          |

ENFERMERA 12      AUX. ADMINISTRATIVA 13      Vo.Bo. DEPARTAMENTO DE MEDICAMENTOS 14      MEDICO RESPONSABLE 15  
CONTABILIDAD

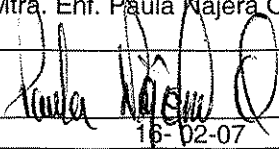
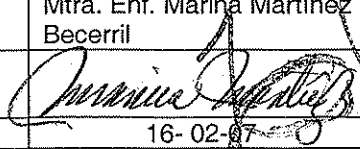
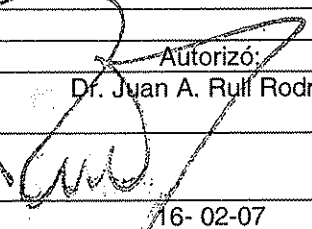
08026120


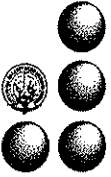
| CONTROL DE EMISION |                               |                                     |                          |
|--------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|                    | Elaboró:                      | Revisó:                             | Autorizó:                |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril | Dr. Juan A. Ruiz Rodrigo |
| Firma:             |                               |                                     |                          |
| Fecha:             | 16-02-07                      | 16-02-07                            | 16-02-07                 |



|   |   |   |            |
|---|---|---|------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>                                     |  | REV: ..... |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA: 203  |
|   | <b>26.- Procedimiento para Control de Material Desechable y<br/>Uniforme Quirúrgico</b> |   | DE: 341    |

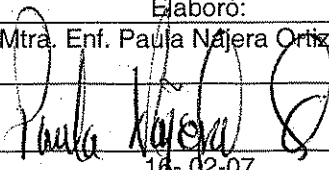
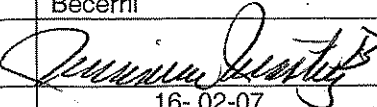
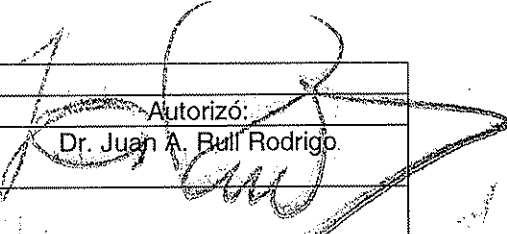
**26.- PROCEDIMIENTO PARA CONTROL DE MATERIAL DESECHABLE Y UNIFORME QUIRÚRGICO**

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |           |
|---|---|---|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>                                     |  | REV:      |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA: 204 |
|   | <b>26.- Procedimiento para Control de Material Desechable y<br/>Uniforme Quirúrgico</b> |   | DE: 341   |

**OBJETIVO**

Contar con un instrumento administrativo para proporcionar material desechable, para el tratamiento del paciente y cobro por el Departamento de Cuentas por Cobrar.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Bull Rodríguez  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                                     |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:205 |
|   | <b>26.- Procedimiento para Control de Material Desechable y Uniforme Quirúrgico</b> |   | DE: 341  |

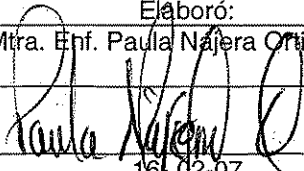
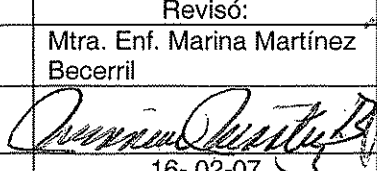
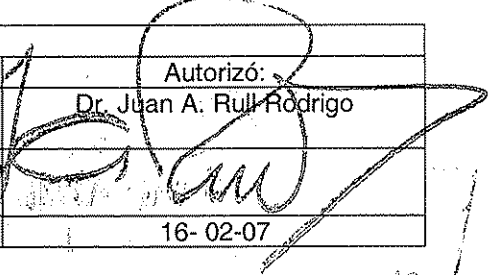
**POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN**

- 1.- Para obtener material desechable de la C. E y E. se debe entregar el vale con los datos correspondientes con el nombre y la firma de quien lo solicita.
- 2.- El material requerido se pedirá con el número de clave correspondiente.
- 3.- El personal que solicite uniforme quirúrgico y no sea de Cirugía ó médicos, dejarán su gafete.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16/02-07  |

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                                     |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:206 |
|   | <b>26.- Procedimiento para Control de Material Desechable y Uniforme Quirúrgico</b> |   | DE: 341  |

| UNIDAD O PERSONAS QUE INTERVIENEN     | NÚMERO DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD   |
|---------------------------------------|---------------------|---|
| Enfermeras y Auxiliares de Enfermería | 1                   | Solicita material desechable, con la clave correspondiente, cantidad, los datos del paciente, fecha y firma al servicio de C. E. y E. |
| Medico Interno de Pregrado            | 2                   | Solicitan sello a cuentas por cobrar.   |
| Auxiliar de Enfermería                | 3                   | En central de equipos y esterilización se recibe y se revisan los datos y claves correspondientes para surtir el material solicitado. |
| Cuentas por Cobrar                    | 4                   | Recibe todos los vales procedentes de C.E y E.<br><b>FIN DEL PROCEDIMIENTO.</b>   |

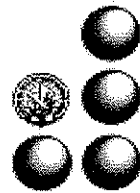
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
| Nombre:            | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
|                    | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodríguez  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

## Subdirección de Enfermería

### 26.- Procedimiento para Control de Material Desechable y Uniforme Quirúrgico



REV:

HOJA: 207

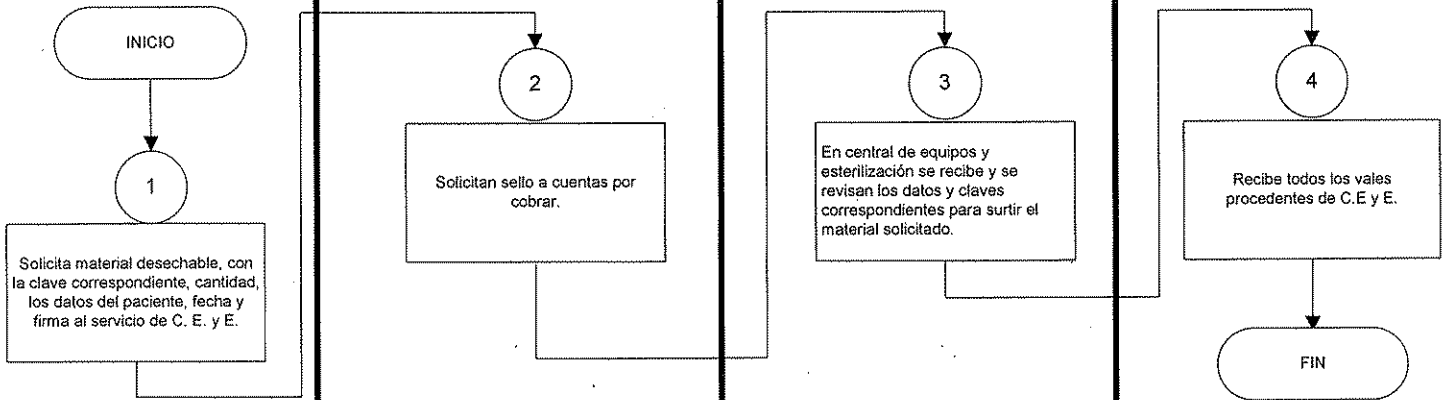
DE: 341

Enfermeras y Auxiliares de Enfermería

Medico Interno de Pregrado

Auxiliares de Enfermería

Cuentas por Cobrar



#### CONTROL DE EMISION

Elaboró:

Revisó:

Autorizó:

Nombre:

Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz

Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril

Dr. Juan A. Rull Rodrigo


Firma:

Fecha:

16-02-07

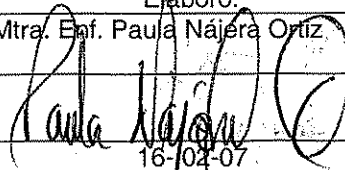
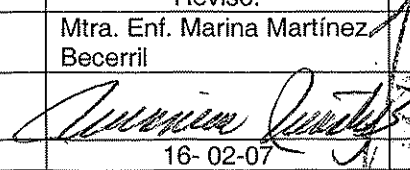
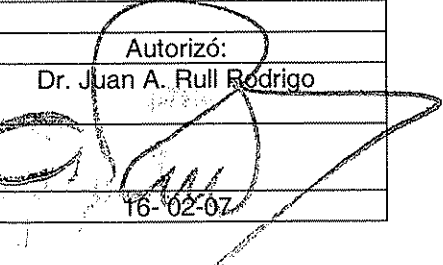
16-02-07


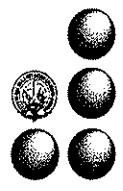
16-02-07

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                                     |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:208 |
|   | <b>26.- Procedimiento para Control de Material Desechable y Uniforme Quirúrgico</b> |   | DE: 341  |

**FORMATO E INSTRUCTIVOS**  
**FORMATO: PARA VALE DE CONTROL DE EQUIPO**

| No. | CONCEPTO               | SE ANOTARÁ  |
|-----|------------------------|---|
| 1   | Vale                   | El material específico y la cantidad con las claves correspondientes.     |
| 2   | Nombre                 | Nombre completo del paciente  |
| 3   | Cama                   | Número de cama de donde procede el paciente.                              |
| 4   | Registro               | El número de expediente del paciente.                                     |
| 5   | Fecha                  | Día, mes y año que se solicita el material.                               |
| 6   | Nombre del solicitante | Nombre completo y firma del solicitante y el servicio donde se encuentra. |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Full Rodríguez  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |           |
|---|---|---|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                                     |  | REV:      |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA: 209 |
|   | <b>26.- Procedimiento para Control de Material Desechable y Uniforme Quirúrgico</b> |   | DE: 341   |

**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION  
SALVADOR ZUBIRAN**

**CONTROL DE EQUIPOS**

FOLIO N<sup>o</sup> 062248

VALE POR

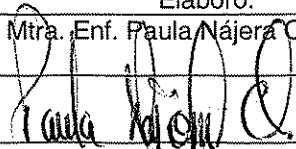
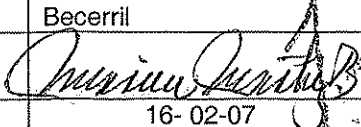
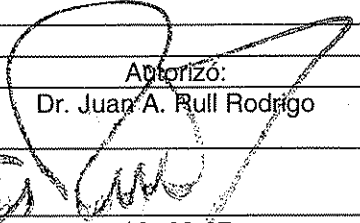
NOMBRE


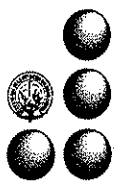
CAMA  REG.

FECHA

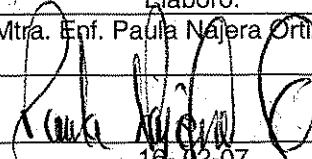
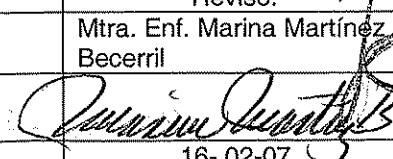
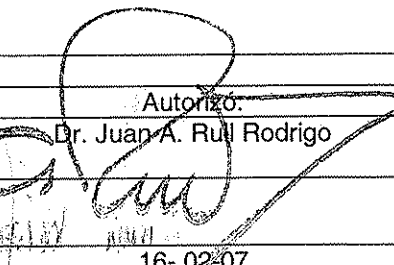
\_\_\_\_\_  
6  
NOMBRE DEL SOLICITANTE

20017300


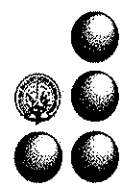
| CONTROL DE EMISION |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Bull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 6-02-07   | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>                   |  | REV: .   |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                                     |   | HOJA:210 |
|   | <b>27.- Procedimiento para Vale de Resguardo de Material y Equipo</b> |   | DE: 341  |

**27.- PROCEDIMIENTO PARA VALE DE RESGUARDO DE MATERIAL Y/O EQUIPO**

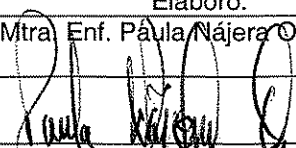
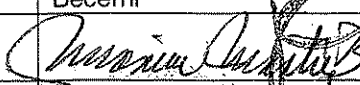
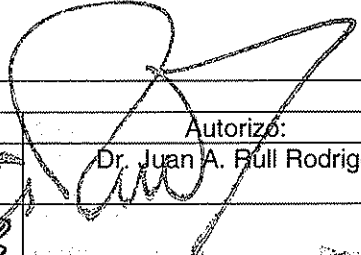
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>                   |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                                     |   | HOJA:211 |
|   | <b>27.- Procedimiento para Vale de Resguardo de Material y Equipo</b> |   | DE: 341  |

**OBJETIVO**

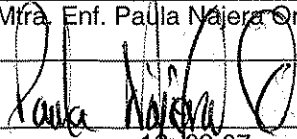
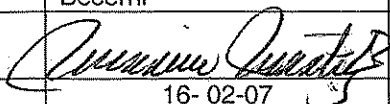
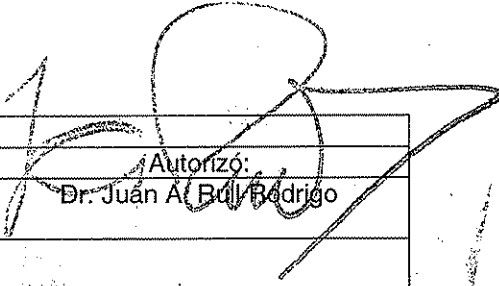
Contar con un instrumento administrativo para Control de Equipo y Resguardo.

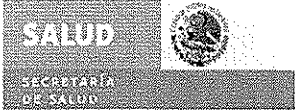
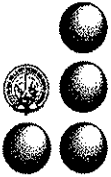
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Bull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                       |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                                     |   | HOJA:212 |
|   | <b>27.- Procedimiento para Vale de Resguardo de Material y Equipo</b> |   | DE: 341  |

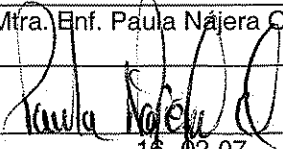

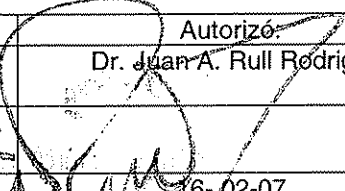
**POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN**

- 1.- El vale es llenado únicamente por la persona solicitante del material y equipo.
- 2.- Si el equipo no es devuelto a la Central de Equipos y Esterilización, (C. E. y E) se pasará a cobro.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Bultrago Rodríguez  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                       |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                                     |   | HOJA:213 |
|   | <b>27.- Procedimiento para Vale de Resguardo de Material y Equipo</b> |   | DE: 341  |

| UNIDAD O PERSONAS QUE INTERVIENEN                                    | NÚMERO DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD   |
|--|---------------------|---|
| Enfermeras y Auxiliares de Enfermería,<br>Medico Interno de Pregrado | 1                   | Solicita en la Central de Equipos el vale de resguardo del material y/o equipo.                 |
|  | 2                   | Llena el vale con los datos solicitados.  |
|  | 3                   | Entrega el vale a C.E y E., y cancela el vale correspondiente.<br><b>FIN DEL PROCEDIMIENTO.</b> |

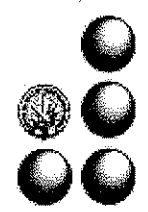
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

## Subdirección de Enfermería

### 27.-Procedimiento para Vale de Resguardo de Material y/o Equipo

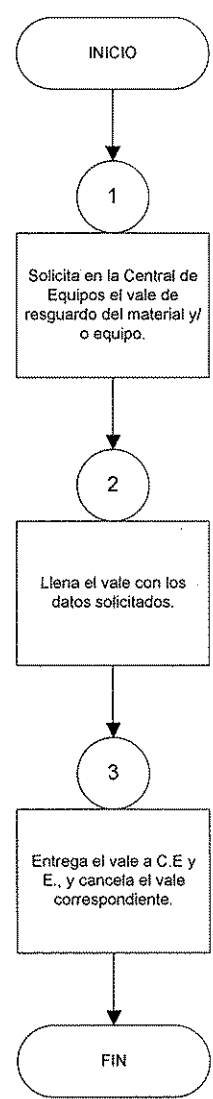


REV:

HOJA: 214

DE: 341

Enfermeras, Auxiliares de Enfermería y Medico Interno de Pregrado



#### CONTROL DE EMISION

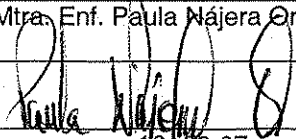
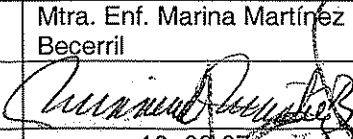
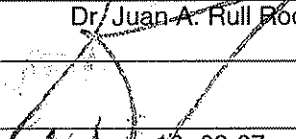
|         |                               |                                     |                          |
|---------|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|         | Elaboró:                      | Revisó:                             | Autorizó:                |
| Nombre: | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril | Dr. Juan A. Rull Rodrigo |
| Firma:  |                               |                                     |                          |
| Fecha:  | 16-02-07                      | 16-02-07                            | 16-02-07                 |


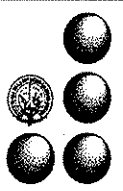
|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>                       |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:215 |
|   | <b>27.- Procedimiento para Vale de Resguardo de Material y<br/>Equipo</b> |   | DE: 341  |

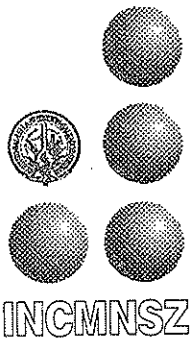
**FORMATO E INSTRUCTIVOS.**

**FORMATO: PARA VALE DE RESGUARDO DEL MATERIAL Y/O EQUIPO**

| No. | CONCEPTO     | SE ANOTARÁ  |
|-----|--------------|---|
| 1   | Nombre       | Nombre completo de la persona quien solicita el material.   |
| 2   | Fecha        | El día, mes y año que se solicita el material   |
| 3   | Departamento | El nombre del departamento donde se encuentra el usuario.   |
| 4   | Sección      | Servicio donde se encuentra el usuario.   |
| 5   | Por          | Nombre del material y/o equipo que solicita el usuario.   |
| 6   | Autoriza     | Nombre completo y firma de la persona que autoriza, cargo que tiene en la C.E. y E y firma.                         |
| 7   | Recibe       | Nombre completo y firma de la persona que recibe el material en C. E. y E, cargo que tiene en el instituto y firma. |
| 8   | Entrega      | Nombre completo y firma de la persona que despacha el equipo en C. E. y E., cargo y firma.                          |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |           |
|---|--|---|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>            |  | REV:      |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                              |   | HOJA: 216 |
|   | 27.- Procedimiento para Vale de Resguardo de Material y Equipo |   | DE: 341   |



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION  
SALVADOR ZUBIRAN  
DIVISION DE ENFERMERIA  
CENTRAL DE EQUIPOS  
VALE DE RESGUARDO DE MATERIAL Y/O EQUIPO**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_  
DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ SECCION: \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_  
VALE POR: \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_

NOTA: ESTE VALE AMPARA EL MATERIAL Y/O EQUIPO ANTES MENCIONADO, LA ENTREGA SERA DENTRO DE LAS SIGUIENTES 24 HORAS, DE LO CONTRARIO ME COMPROMETO AL PAGO TOTAL DEL MISMO CON BASE A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS.

AUTORIZA

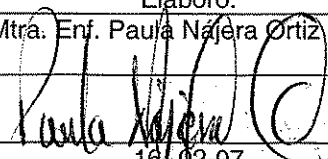
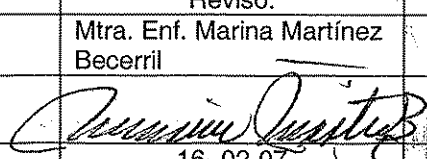
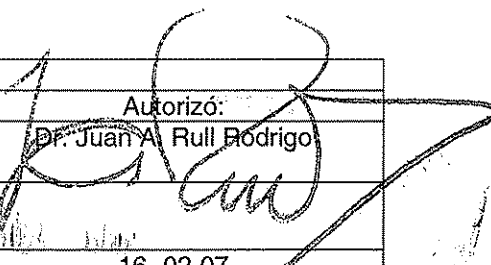
RECIBE


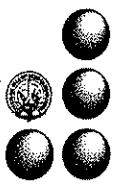
ENTREGA

\_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_  
NOMBRE, CARGO Y FIRMA

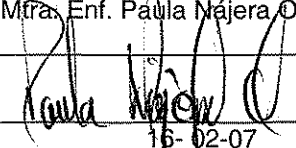
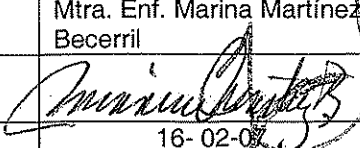
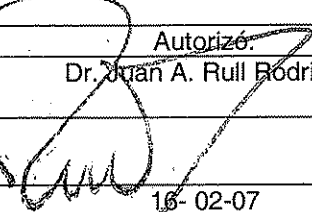
\_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_  
NOMBRE, CARGO Y FIRMA

\_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_  
NOMBRE, CARGO Y FIRMA

| CONTROL DE EMISION |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodríguez  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA:217 |
|   | <b>28.- Procedimiento para Registro para Cobro de Material<br/>y Equipo para Administración de Quimioterapia</b> |   | DE: 341  |

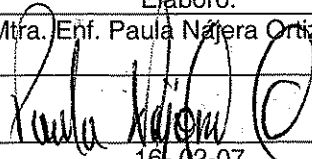
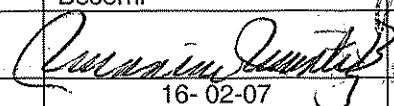
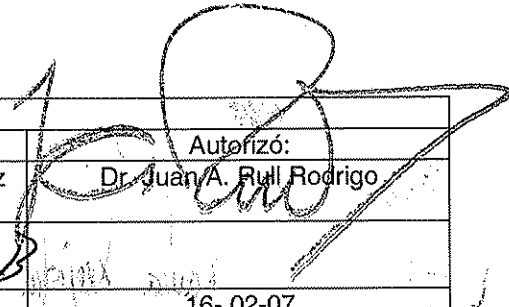
**28.- PROCEDIMIENTO PARA REGISTRO PARA COBRO DE MATERIAL Y EQUIPO PARA  
ADMINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA**

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA:218 |
|   | <b>28.- Procedimiento para Registro para Cobro de Material<br/>y Equipo para Administración de Quimioterapia</b> |   | DE: 341  |

**OBJETIVO**

Contar con un instrumento administrativo que registre el material y equipo utilizado en la aplicación de quimioterapia para enviarla a cuentas por cobrar.

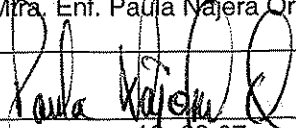
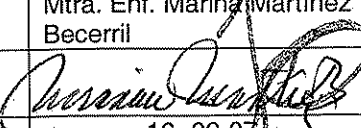
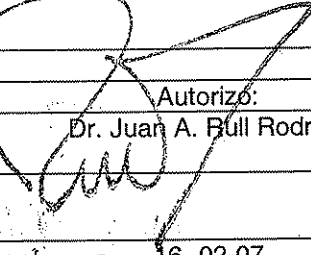
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA:219 |
|   | <b>28.- Procedimiento para Registro para Cobro de Material y Equipo para Administración de Quimioterapia</b> |   | DE: 341  |

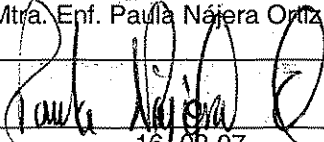


**POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN**

- 1.- A todo paciente que ingrese a la unidad de estancia corta para la aplicación de quimioterapia y/o procedimientos menores se enviará con el formato a cuentas por cobrar.
- 2.- La enfermera anotará los datos solicitados en el formato.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Bull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA:220 |
|   | <b>28.- Procedimiento para Registro para Cobro de Material y Equipo para Administración de Quimioterapia</b> |   | DE: 341  |

| UNIDAD O PERSONAS QUE INTERVIENEN | NUMERO DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD  |
|-----------------------------------|---------------------|--|
| Enfermera de Estancia Corta       | 1                   | Anotará los datos generales del paciente que ingrese para la aplicación de quimioterapia y/o estudios menores (angiografía, Bx hepática, instalación de marca pasos, etc.) |
|                                   | 2                   | Posterior a la aplicación del tratamiento, anotará la cantidad del material y equipo utilizado en el renglón correspondiente.  |
|                                   | 3                   | Enviará al paciente con el formato a cuentas por cobrar.<br><b>FIN DEL PROCEDIMIENTO.</b>  |

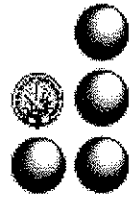
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Bull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

## Subdirección de Enfermería

### 28.- Procedimiento para Registro para Cobro de Material y Equipo para Administración de Quimioterapia

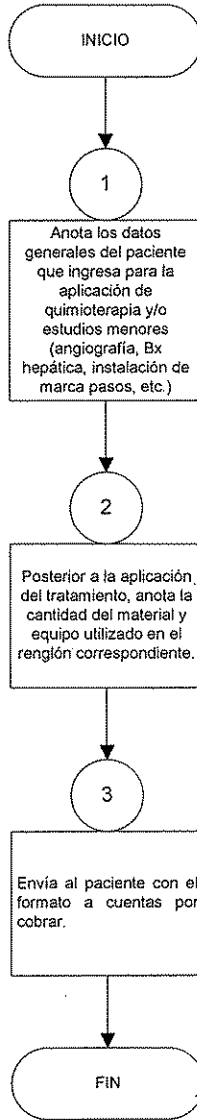


REV:

HOJA: 221


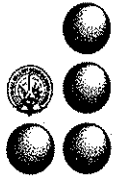
DE: 341

Enfermera de Estancia Corta



#### CONTROL DE EMISION

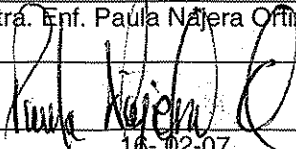
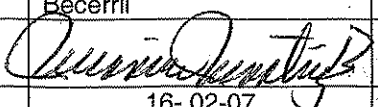
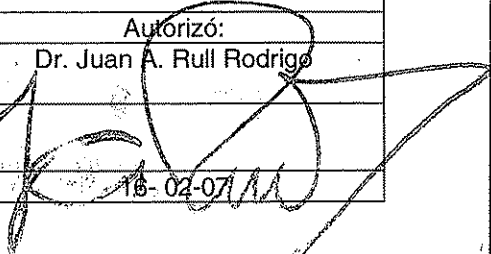
|                               |                                    |                          |           |
|-------------------------------|------------------------------------|--------------------------|-----------|
| Nombre:                       | Elaboró:                           | Revisó:                  | Autorizó: |
| Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerra | Dr. Juan A. Rull Rodrigo |           |
| Firma:                        |                                    |                          |           |
| Fecha:                        | 16-02-07                           | 16-02-07                 | 16-02-07  |

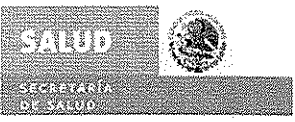
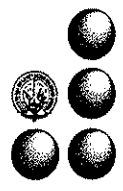
|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA:222 |
|   | <b>28.- Procedimiento para Registro para Cobro de Material y Equipo para Administración de Quimioterapia</b> |   | DE: 341  |

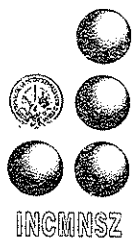
**FORMATO E INSTRUCTIVOS.**

**FORMATO: PARA REGISTRO DE MATERIAL Y EQUIPO PARA LA APLICACIÓN DE QUIMIOTERAPIA**

| No. | CONCEPTO | SE ANOTARÁ   |
|-----|----------|--|
| 1   | Nombre   | Nombre completo del paciente.  |
| 2   | Registro | Número de expediente del paciente.   |
| 3   | Nivel    | Clasificación socioeconómica asignada al paciente.                                 |
| 4   | Cantidad | Anotará en el renglón correspondiente el padecimiento, material y quipo utilizado. |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodríguez  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA:223 |
|   | <b>28.- Procedimiento para Registro para Cobro de Material y Equipo para Administración de Quimioterapia</b> |   | DE: 341  |



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN**

UNIDAD DE ESTANCIA CORTA

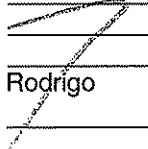
APLICACIÓN DE QUIMIOTERAPIA

**NOMBRE:** 1

**REGISTRO:** 2 **NIVEL:** 3

| Depto. | Clave    | Concepto                              | Cantidad |
|--------|----------|---------------------------------------|----------|
|        | 0080     | Estancia Corta procedimientos menores | 4        |
| 09     | 0080     | Quimioterapia en Estancia Corta Ext.  |          |
| 06     | 030078   | Angiocat #21                          |          |
| 06     | 030320   | Guante desechable                     |          |
| 06     | 02069400 | Jeringa 10 ml.                        |          |
| 06     | 02069500 | Jeringa 20 ml.                        |          |
| 06     | 23000100 | Equipo Bomba                          |          |
| 06     | 011320   | Solución Fisiológica 250 ml.          |          |
| 06     | 011330   | Solución Fisiológica 500 ml.          |          |
| 06     | 011340   | Solución Fisiológica 1,000 ml.        |          |
| 06     | 011370   | Solución Glucosada de 5% 500 ml.      |          |
| 06     | 011000   | Solución Manitol 20% 250 ml.          |          |
| 06     | 030201   | Equipo Flebotek Quirúrgico            |          |
| 06     | 030132   | Equipo curación                       |          |
| 06     | 010430   | Decadrón 8 mg.                        |          |
| 06     | 010360   | Cloruro de Potasio                    |          |
| 06     | 011460   | Sulfato de magnesio                   |          |
| 06     | 011210   | Primperam 10 mg.                      |          |
| 06     | 021890   | Winasorb 500 mg.                      |          |
| 06     | 030760   | Tapón Latex                           |          |

|         |
|---------|
| Nombre: |
| Firma:  |
| Fecha:  |

|  |
|--|
| <br>Rodrigo |
|  |

|  |   |  |          |
|--|---|--|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:     |
|  | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |  | HOJA:224 |
|  | <b>29.- Procedimiento para Registro para Cobro de Material<br/>y Equipo para Medicina Transfusional</b> |  | DE: 341  |

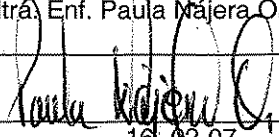

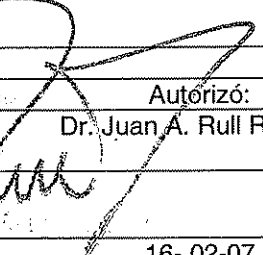
**29.- PROCEDIMIENTO PARA REGISTRO PARA COBRO DE MATERIAL Y EQUIPO PARA MEDICINA TRANSFUSIONAL**


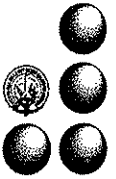
| CONTROL DE EMISIÓN |                               |                                     |                          |
|--------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|                    | Elaboró:                      | Revisó:                             | Autorizó:                |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril | Dr. Juan A. Bull Rodrigo |
| Firma:             |                               |                                     |                          |
| Fecha:             | 16-02-07                      | 16-02-07                            | 16-02-07                 |

|   |   |   |            |
|---|---|---|------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV: ..... |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:225   |
|   | <b>29.- Procedimiento para Registro para Cobro de Material y Equipo para Medicina Transfusional</b> |   | DE: 341    |

**OBJETIVO**

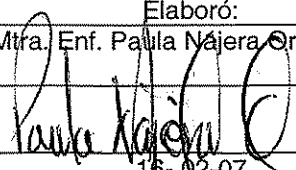
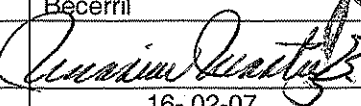
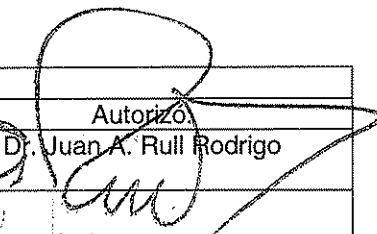
Contar con un instrumento administrativo que registre el material y equipo utilizado en la aplicación de transfusión de hemoderivados

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Májera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |


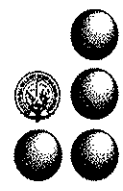
|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:226 |
|   | <b>29.- Procedimiento para Registro para Cobro de Material<br/>y Equipo para Medicina Transfusional</b> |   | DE: 341  |

**POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN**

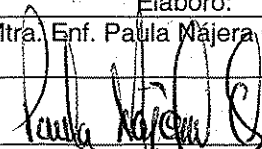
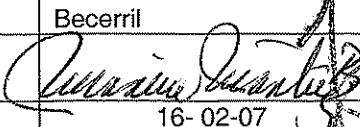
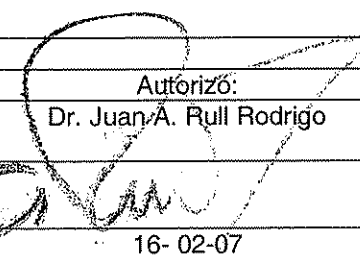
- 1.- A todo paciente que ingrese a la Unidad de Estancia Corta y Medicina Transfusional, la administración de hemoderivados se enviará con el formato de medicina transfusional a cuentas por cobrar.
- 2.- La enfermera anotará los datos solicitados en el formato.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paulina Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:227 |
|   | <b>29.- Procedimiento para Registro para Cobro de Material y Equipo para Medicina Transfusional</b> |   | DE: 341  |

| UNIDAD O PERSONAS QUE INTERVIENEN                    | NÚMERO DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD  |
|--|---------------------|--|
| Enfermera de Estancia Corta y Medicina Transfusional | 1                   | Anotará los datos generales del paciente que ingrese para la aplicación de Hemoderivados.                                      |
|  | 2                   | Posterior a la aplicación de hemoderivados, anotará la cantidad del material y equipo utilizado en el renglón correspondiente. |
|  | 3                   | Enviará al paciente y/o familiar con el formato a cuentas por cobrar.<br><b>FIN DEL PROCEDIMIENTO.</b>                         |

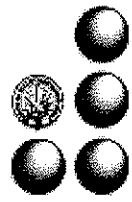
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

## Subdirección de Enfermería

### 29.- Procedimiento para Registro para Cobro de Material y Equipo para Medicina Transfusional

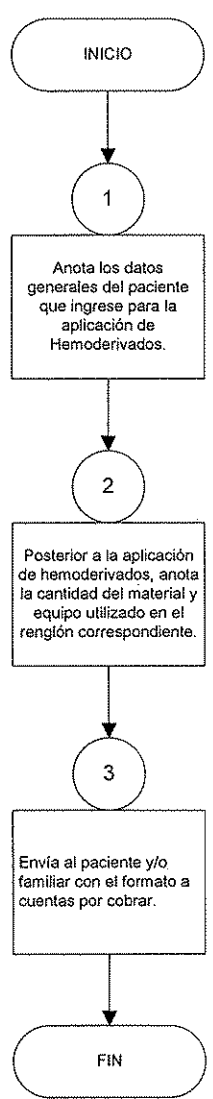


REV:

HOJA: 228


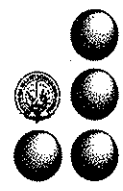
DE: 341

Enfermera de Estancia Corta



#### CONTROL DE EMISION

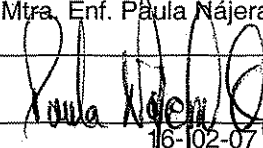
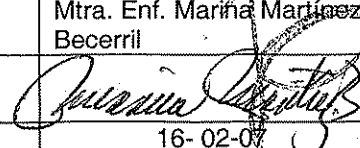
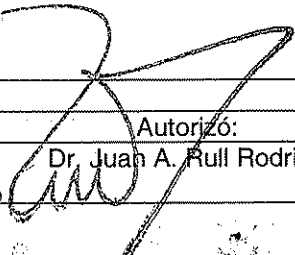
|         |                               |                                     |                             |
|---------|-------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|         | Elaboró:                      | Revisó:                             | Autorizó:                   |
| Nombre: | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril | Dr. Juan A. Raúl Rodrigo    |
| Firma:  | <i>Paula Najera Ortiz</i>     | <i>Marina Martínez Becerril</i>     | <i>Juan A. Raúl Rodrigo</i> |
| Fecha:  | 16-02-07                      | 16-02-07                            | 16-02-07                    |

|   |   |   |           |
|---|---|---|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:      |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA: 229 |
|   | <b>29.- Procedimiento para Registro para Cobro de Material<br/>y Equipo para Medicina Transfusional</b> |   | DE: 341   |

**FORMATO E INSTRUCTIVOS.**

**FORMATO: PARA REGISTRO DE MATERIAL Y EQUIPO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE HEMODERIVADOS**

| No. | CONCEPTO | SE ANOTARÁ  |
|-----|----------|---|
| 1   | Nombre   | Nombre completo del paciente.   |
| 2   | Registro | Número de expediente del paciente.                                    |
| 3   | Cantidad | Anotará en el renglón correspondiente el material y equipo utilizado. |
| 4   | Fecha    | Día, mes y año.   |

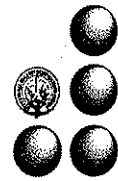
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

## Subdirección de Enfermería

### 29.- Procedimiento para Registro para Cobro de Material y Equipo para Medicina Transfusional



REV:

HOJA: 230

DE: 341

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION  
"SALVADOR ZUBIRAN"  
MEDICINA TRANSFUSIONAL



Paciente: 1

Registro 2


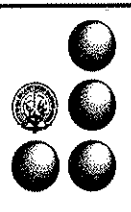
| Depto. | Clave    | Descripcion                         | Cantidad |
|--------|----------|-------------------------------------|----------|
| 06     | 10600    | Flebocortid 100 mg                  | 3        |
| 06     | 11320    | Solución fisiológica                |          |
| 06     | 21890    | Paracetamol 500 mg                  |          |
| 06     | 30190    | Equipo Venoset s/ aguja             |          |
| 06     | 30320    | Guantex de latex                    |          |
| 06     | 2069400  | Jeringa desechable de 10 mL         |          |
| 06     | 2110340  | Tiras de papel p/ medir temperatu   |          |
| 06     | 11048740 | Filtros p/ remover leucocitos       |          |
| 06     | 10340    | Clorotrimetón 10 mg                 |          |
| 06     | 30077    | Catéter intravenoso                 |          |
| 09     | 0100     | 1 hora de estancia                  |          |
| 09     | 0110     | 2 horas de estancia                 |          |
| 09     | 0120     | 3 horas de estancias                |          |
| 10     | 5010     | Auto absorción de anticuerpos       |          |
| 10     | 5020     | Coombs. Directo                     |          |
| 10     | 5030     | Crioglobulinas                      |          |
| 10     | 5040     | Eluido de anticuerpos de gr         |          |
| 10     | 5050     | Fenotipo otros sistema              |          |
| 10     | 5060     | Fenotipo sistema diego              |          |
| 10     | 5150     | Fenotipo sistema rh                 |          |
| 10     | 5160     | Fenotipo sistema ss                 |          |
| 10     | 5170     | Flebotomia terapéutica              |          |
| 10     | 5180     | Grupo sanguíneo abo                 |          |
| 10     | 5183     | Grupo sanguíneo abo y rh            |          |
| 10     | 5190     | Grupo sanguíneo rho (d)             |          |
| 10     | 5200     | Lavado de paquete globular          |          |
| 10     | 5210     | Leucoferesis                        |          |
| 10     | 5220     | Panel detección de ac. Anti-eritroc |          |
| 10     | 5230     | Plaquetoferesis                     |          |
| 10     | 5240     | Plasmaferesis                       |          |
| 10     | 5250     | Preparación de concentrados plac    |          |
| 10     | 5260     | Transfusión de crioprecipitados     |          |
| 10     | 5270     | Preparación de paquete globular     |          |
| 10     | 5280     | Preparación de paquete globular c   |          |
| 10     | 5290     | Transfusión de plasma               |          |
| 10     | 5300     | Pruebas de compatibilidad pretran   |          |
| 10     | 5305     | Recolección de células progenitor   |          |
| 10     | 5310     | Transfusión autologa por predepó    |          |
| 10     | 5320     | Transfusión sanguínea               |          |

06030825 Termometro clinico

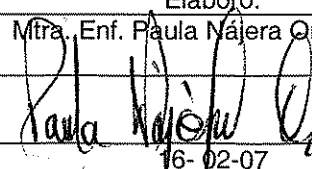
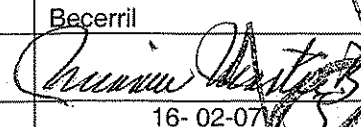
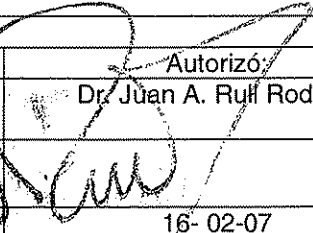
Fecha 4

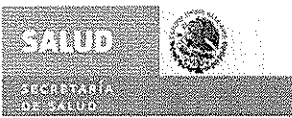
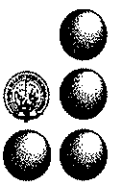
|         |                      |
|---------|----------------------|
| Nombre: | Mtra. Enf            |
| Firma:  | <i>Paula MORALES</i> |
| Fecha:  | 16-02-07             |

|           |                             |
|-----------|-----------------------------|
| Autorizó: | <i>Juan A. Rull Rodrigo</i> |
| Fecha:    | 16-02-07                    |

|   |   |   |           |
|---|---|---|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>         |  | REV:      |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                       |   | HOJA: 231 |
|   | <b>30.- Procedimiento para Solicitud de Operaciones</b> |   | DE: 341   |

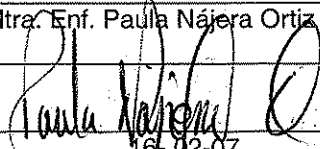
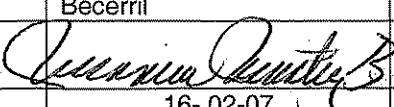
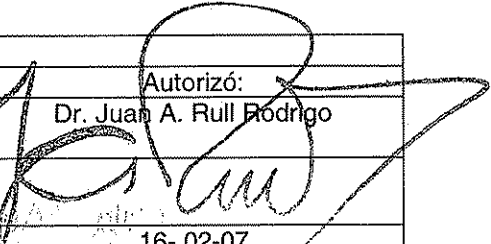
**30.- PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD DE OPERACIONES**


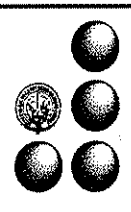
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Ruff Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>     |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                       |   | HOJA:232 |
|   | <b>30.- Procedimiento para Solicitud de Operaciones</b> |   | DE: 341  |

**OBJETIVO**

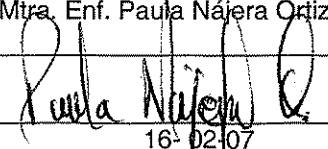
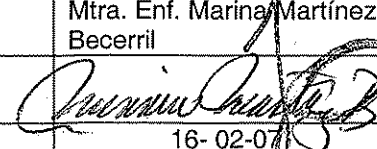
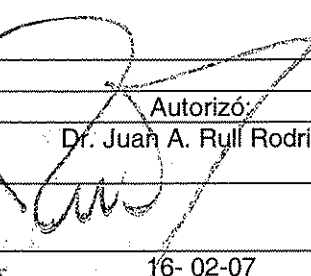
Contar con un instrumento administrativo de Registro de Operaciones que permita la elaboración del programa de cirugías y posteriormente el pago en el Departamento de cuentas por cobrar.


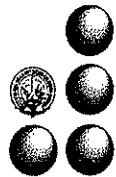
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>     |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                       |   | HOJA:233 |
|   | <b>30.- Procedimiento para Solicitud de Operaciones</b> |   | DE: 341  |

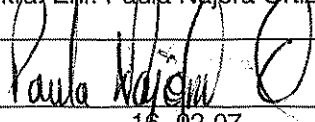
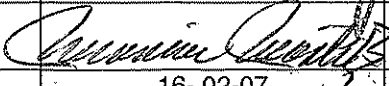
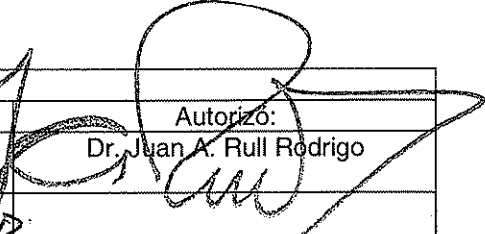
**POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN**

- 1.- Toda solicitud de operaciones será debidamente llenada por el médico y el residente de cirugía con los conceptos 1, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10 y 11.
- 2.- Las solicitudes serán recibidas antes de las 12 horas habiendo excepciones con las cirugías de emergencia.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |           |
|---|---|---|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>         |  | REV:      |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                       |   | HOJA: 234 |
|   | <b>30.- Procedimiento para Solicitud de Operaciones</b> |   | DE: 341   |

| UNIDAD O PERSONAS QUE INTERVIENEN | NÚMERO DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD  |
|-----------------------------------|---------------------|--|
| Médico Cirujano                   | 1                   | Elaborará la solicitud de operaciones llenando los conceptos: 1, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10 y 11, de acuerdo al tipo de cirugía programada o de urgencia.                            |
| Paciente Externo                  | 2                   | Entregará la solicitud de operaciones a la secretaria de cirugía.  |
| Medico Residente                  | 3                   | Entregará la solicitud de operaciones de pacientes hospitalizados, directamente a la secretaria de cirugía y solo que sea cirugía de urgencia a la jefe de servicio.           |
| Secretaria                        | 4                   | Recibirá y archivará todas las solicitudes de acuerdo al día, mes y año.   |
| Jefe de Servicio Administrativo   | 5                   | El día de la cirugía entregará a la coordinadora del servicio las solicitudes de operación.  |
| Jefe de Servicio Operativo        | 6                   | Entregará la solicitud de acuerdo a la sala asignada a cada enfermera para la preparación del instrumental necesario.  |
| Enfermera Circulante              | 7                   | Llenará el resto del formato de la solicitud, excepto el concepto 28, entregando el formato a recuperación.  |
| Jefe de Servicio                  | 8                   | Al día siguiente confirmará que el formato contenga todos los datos y registrará el concepto 28.   |
| Secretaria                        | 9                   | Registrará en la libreta de control de cirugía todas las solicitudes de las cirugías que se llevan a cabo entregándolas a cuentas por cobrar.<br><b>FIN DEL PROCEDIMIENTO.</b> |

| CONTROL DE EMISION |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

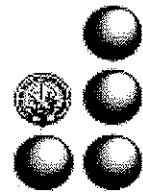




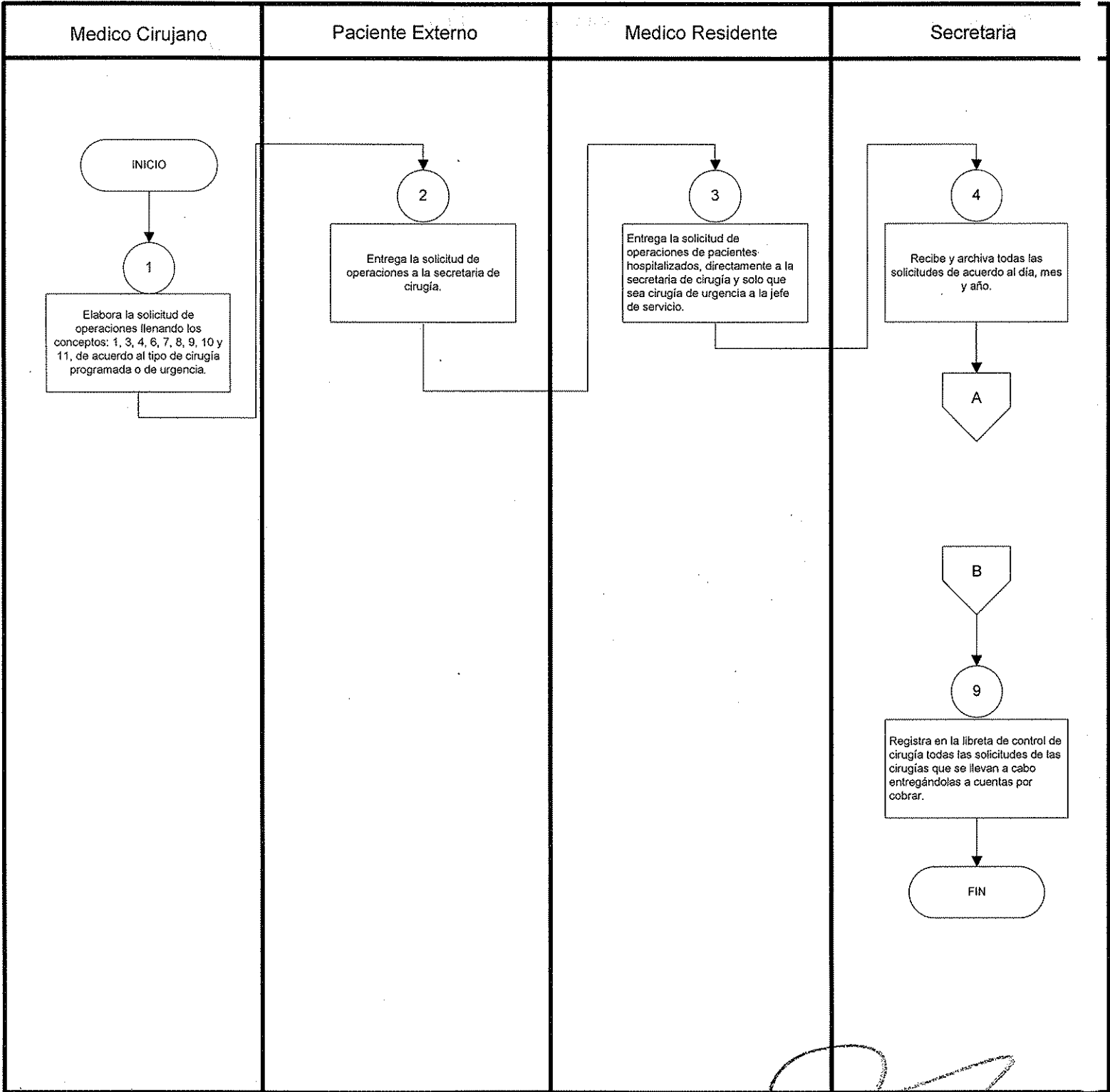
# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

Subdirección de Enfermería

30.- Procedimiento para Solicitud de Operaciones



REV:  
HOJA: 23  
DE: 341



CONTROL DE EMISION

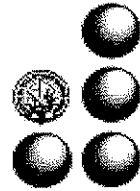
|         |                               |                                    |                             |
|---------|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
|         | Elaboró:                      | Revisó:                            | Autorizó:                   |
| Nombre: | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz | Mtra. Enf. Manna Martínez Becerril | Dr. Juan A. Rull Rodrigo    |
| Firma:  | <i>Paula Najera Ortiz</i>     | <i>Manna Martínez Becerril</i>     | <i>Juan A. Rull Rodrigo</i> |
| Fecha:  | 16-02-07                      | 16-02-07                           | 16-02-07                    |



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

## Subdirección de Enfermería

### 30.- Procedimiento para Solicitud de Operaciones



REV:

HOJA: 236

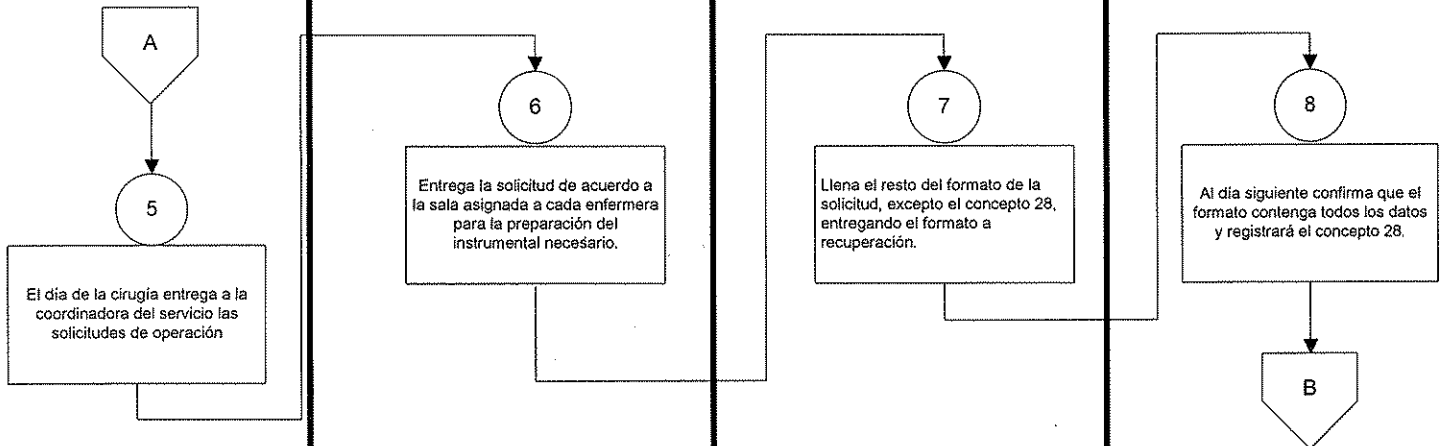
DE: 341

Jefe de Servicio Administrativo

Jefe de Servicio Operativo

Enfermera Circulante

Jefe de Servicio



#### CONTROL DE EMISION

Elaboró:

Revisó:

Autorizó:

Nombre:

Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz

Mtra. Enf. Marina Martínez Becerra

Dr. Juan A. Rull Rodrigo

Firma:

Fecha:

16-02-07

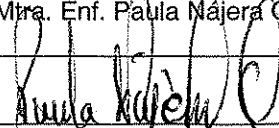
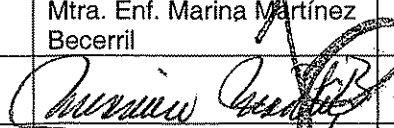
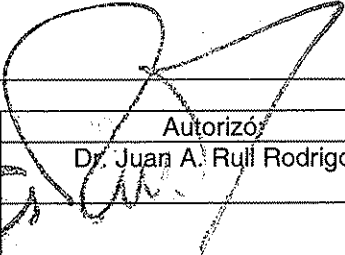
16-02-07


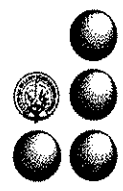
16-02-07

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>         |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                       |   | HOJA:237 |
|   | <b>30.- Procedimiento para Solicitud de Operaciones</b> |   | DE: 341  |

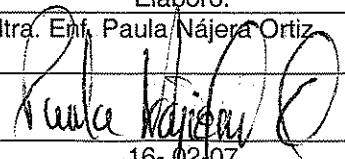
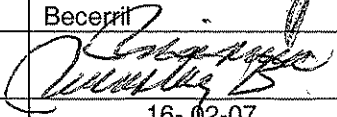
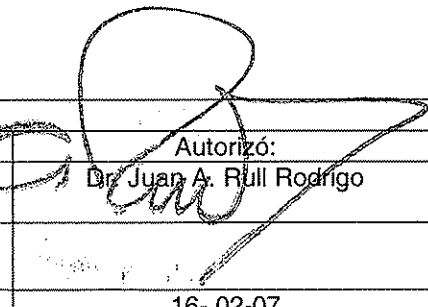
**FORMATO E INSTRUCTIVOS.  
FORMATO: PARA SOLICITUD DE OPERACIONES**

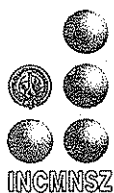
| No. | CONCEPTO                 | SE ANOTARÁ   |
|-----|--------------------------|--|
| 1   | Fecha                    | Día, mes y año en que se realizará la cirugía.             |
| 2   | Folio                    | El número asignado de cuentas por cobrar.                  |
| 3   | Cirugía Programada       | El nombre de la cirugía a realizar.                        |
| 4   | Dx. Pre operatorio       | El nombre del padecimiento de base del paciente.           |
| 5   | Dx. Post operatorio      | El nombre del padecimiento con el que sale de la cirugía.  |
| 6   | Nombre del paciente      | Nombre completo del paciente.                              |
| 7   | Registro                 | Número de expediente del paciente.                         |
| 8   | Cama                     | Número de cama de donde procede el paciente.               |
| 9   | Edad                     | Con número la edad en años cumplidos del paciente          |
| 10  | Sexo                     | Una (F) si es Femenino y una (M) si es Masculino.          |
| 11  | Nombre del Cirujano      | Nombre completo del cirujano de base.                      |
| 12  | Nombre del anestesiólogo | Nombre completo del anestesiólogo de base.                 |
| 13  | Primer ayudante          | Nombre completo del residente de cirugía del 2do. Año.     |
| 14  | Ayudante de anestesia    | Nombre completo del residente de anestesiología de 2º año. |
| 15  | Enfermera Instrumentista | Nombre completo de la enfermera instrumentista.            |
| 16  | Enfermera Circulante     | Nombre completo de la enfermera circulante.                |
| 17  | Tipo de anestesia        | La modalidad de anestesia que se empleara.                 |
| 18  | Inicio de anestesia      | La hora en que se inicia la inducción anestésica.          |
| 19  | Término de anestesia     | La hora en que termino la anestesia.                       |
| 20  | Hora ingreso a la sala   | La hora en que pasa el paciente a la sala quirúrgica.      |
| 21  | Hora salida de sala      | La hora en que pasa el paciente a recuperación.            |
| 22  | Inicio Cirugía           | La hora en la que empieza la cirugía.                      |
| 23  | Término Cirugía          | La hora de cierre quirúrgico.                              |
| 24  | Examen Histopatológico   | Si se toma muestra de tejido y de que parte.               |
| 25  | Rayos X                  | Si se tomará placa de rayos x.                             |
| 26  | Sala                     | El número de sala en la que se realizará la cirugía.       |
| 27  | Grado Cirugía            | La modalidad de la cirugía.                                |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>         |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                       |   | HOJA:238 |
|   | <b>30.- Procedimiento para Solicitud de Operaciones</b> |   | DE: 341  |

| No. | CONCEPTO            | SE ANOTARÁ  |
|-----|---------------------|---|
| 28  | Solicita operación  | El nombre completo del cirujano que solicita la operación.          |
| 29  | Tiempo recuperación | Horas que el paciente permaneció en recuperación.                   |
| 30  | Material y Equipo   | La cantidad de material y/o equipo que utilizan Durante la cirugía. |

| CONTROL DE EMISION |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerra   | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION  
SALVADOR ZUBIRAR**

**SOLICITUD DE OPERACIONES**

FECHA 1

FOLIO 2

REV:

HOJA: 239

DE: 341

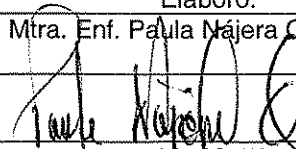
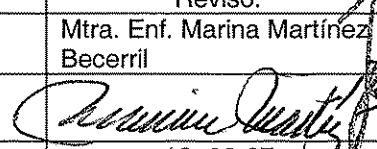
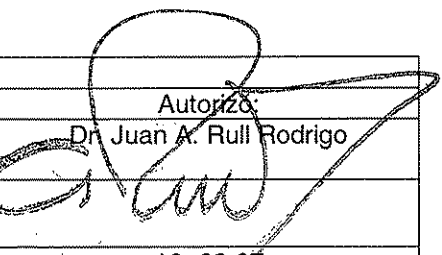
|                          |                      |                      |   |  |             |      |
|--------------------------|----------------------|----------------------|---|--|-------------|------|
| CIRUGIA PROGRAMADA       |                      | DX POST OPERATORIO   |   | DX PRE OPERATORIO  |             |      |
| 3                        |                      | 5                    |   | 4  |             |      |
| NOMBRE DEL PACIENTE      |                      | REGISTRO             |   | CAMA   | EDAD        | SEXO |
| 6                        |                      | 7                    |   | 8  | 9           | 10   |
| NOMBRE DEL CIRUJANO      |                      |                      | PRIMER AYUDANTE                                   |  |             |      |
| 11                       |                      |                      | 13  |  |             |      |
| NOMBRE DEL ANESTESIOLOGO |                      |                      | AYUDANTE DE ANESTESIA                             |  |             |      |
| 12                       |                      |                      | 14  |  |             |      |
| ENFERMERA INSTRUMENT.    |                      | ENFERMERA CIRCULANTE |   | EXAMEN HISTOPATOLOGICO   |             |      |
| 15                       |                      | 16                   |   | 24   |             |      |
| INIC DE ANESTESIA        | TERMINO DE ANESTESIA |                      | 17 TIPO DE ANESTESIA                              |  |             |      |
| 18                       | 19                   |                      | Local<br>Regional<br>General<br>Mixta<br>Sedación | Bloq. Intratecal<br>Bloq. Subaragnoideo<br>Bloq. Mixto<br>Bloq. Epidural<br>Bloq. Espinal continuo<br>Bloq. Plexol |             |      |
| HR. INGRESO SALA         | HR. SALIDA SALA      |                      |   |  |             |      |
| 20                       | 21                   |                      |   |  |             |      |
| INICIO CIRUGIA           | TERMINO DE CIRUGIA   |                      | SALA  | RAYOS X  | LABORATORIO |      |
| 22                       | 23                   |                      | 26  | 25   |             |      |
| GRADO DE CIRUGIA         | TIEMPO RECUPERACION  |                      | SOLICITA LA OPERACION                             |  |             |      |
| 27                       | 29                   |                      | 28  |  |             |      |


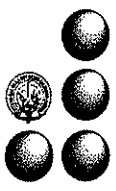
**MATERIAL UTILIZADO EN LA CIRUGIA 30**

| CLAVE        | DESCRIPCION                  | CANT. | CLAVE      | DESCRIPCION                          | CANT. |
|--------------|------------------------------|-------|------------|--------------------------------------|-------|
| MEDICAMENTOS |                              |       | SOLUCIONES |                                      |       |
| 10492        | DIPRIVAN                     |       | 11360      | DEXTROSA 5% 250 ML.                  |       |
| 10502        | DORMICUM 5 MG.               |       | 11000      | MANITOL 20% 250 ML.                  |       |
| 10510        | DOMICUM 15 MG.               |       | 11380      | DEXTROSA 5% 1000 ML.                 |       |
| 10520        | EFEDRINA 2 ML.               |       | 11420      | SOL. MIXTA 1000 ML.                  |       |
| 11073        | NORCURON                     |       | 10680      | HEMACEL 500 ML.                      |       |
| 11150        | PENTOTHAL SODIDO             |       | 10061      | IRRIGACION 1,500 ML.                 |       |
| 11065        | NIMBEX                       |       | 10062      | IRRIGACION 2,000 ML.                 |       |
| 50060        | FENTANEST                    |       | 10063      | IRRIGACION 3,000 ML.                 |       |
| 11470        | TEMGESIC                     |       | 11351      | SOLUCION CLICINA                     |       |
| 11072        | NUBAIN 10 MG.                |       | 11352      | SOL. SALINA OFTALMICA                |       |
| 10495        | DOLAG 30 MG.                 |       | 11315      | SOL. FISIOLOGICA 100 ML.             |       |
| 10730        | HIPNOMIDATE                  |       | 11340      | SOL. FISIOLOGICA 1000 ML.            |       |
| 11240        | POSTIGMINE                   |       | 10051      | AGUA DESTILADA C/TAPARROSCA 1000 ML. |       |
| 11195        | PRIMACOR                     |       | 60101      | SOL. CUSTODIOL                       |       |
| 11560        | XYLOCAINA 2% 50 ML.          |       | 060104     | SOL. CARDIOPLEGIA                    |       |
| 11570        | XILOCAINA 2% CON EPIN 50 ML. |       | 11440      | SOL. HARTMAN 1000 ML.                |       |

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                           |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:240 |
|   | <b>31.- Procedimiento para la Elaboración del Programa de Operaciones</b> |   | DE: 341  |

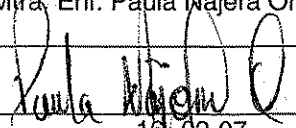
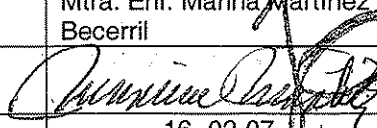
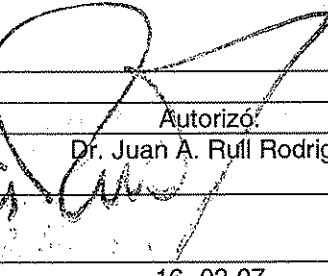
**31.- PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE OPERACIONES**

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>                       |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:241 |
|   | <b>31.- Procedimiento para la Elaboración del Programa de Operaciones</b> |   | DE: 341  |

**OBJETIVO**

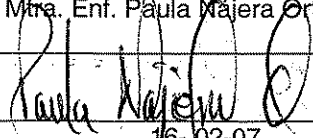
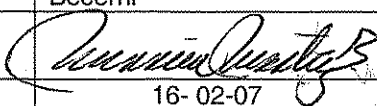
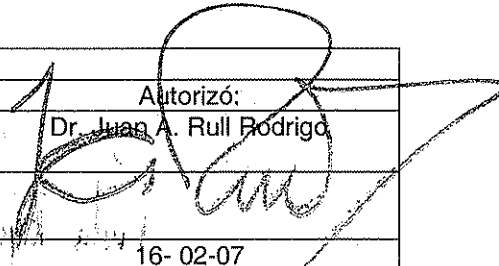
Planear y organizar todas las CIRUGÍAS por 24 hrs.

| CONTROL DE EMISION |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Ruíz Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                           |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:242 |
|   | <b>31.- Procedimiento para la Elaboración del Programa de Operaciones</b> |   | DE: 341  |

**POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN**

- 1.- Establecer horarios y secuencias de las cirugías de acuerdo a la especialidad y grado de complicación.
- 2.- Contar con las solicitudes de cirugías para realizar el programa.
- 3.- Respetar horarios establecidos para la recepción de solicitudes, sólo se alterará en caso de emergencia.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                           |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:243 |
|   | <b>31.- Procedimiento para la Elaboración del Programa de Operaciones</b> |   | DE: 341  |

| UNIDAD O PERSONAS QUE INTERVIENEN | NÚMERO DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD  |
|-----------------------------------|---------------------|--|
| Jefe de Cirugía                   | 1                   | Selecciona las solicitudes de operación un día antes de acuerdo a la fecha, especialidad, grado de complicación, asignando horario y sala de operaciones.  |
| Secretaria                        | 2                   | Elaborar por escrito y con copia a todos los servicios la hoja de programación de operaciones.   |
| Afanador                          | 3                   | Distribuye a cada servicio una copia del programa de operaciones.  |
| Coordinadora de Cirugía           | 4                   | El día de la cirugía se coloca el programa a la vista del personal para la preparación del instrumental a utilizar en cada cirugía, además de conocer con que cirujano y anestesiólogo trabajarán. |
| Secretaria                        | 5                   | Archivara el formato de solicitud de operaciones para elaborar el informe mensual de planeación.<br><b>FIN DEL PROCEDIMIENTO.</b>  |

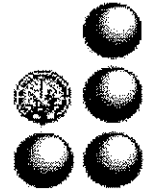
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull/Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16- 02-07   | 16- 02-07  | 16- 02-07   |



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

## Subdirección de Enfermería

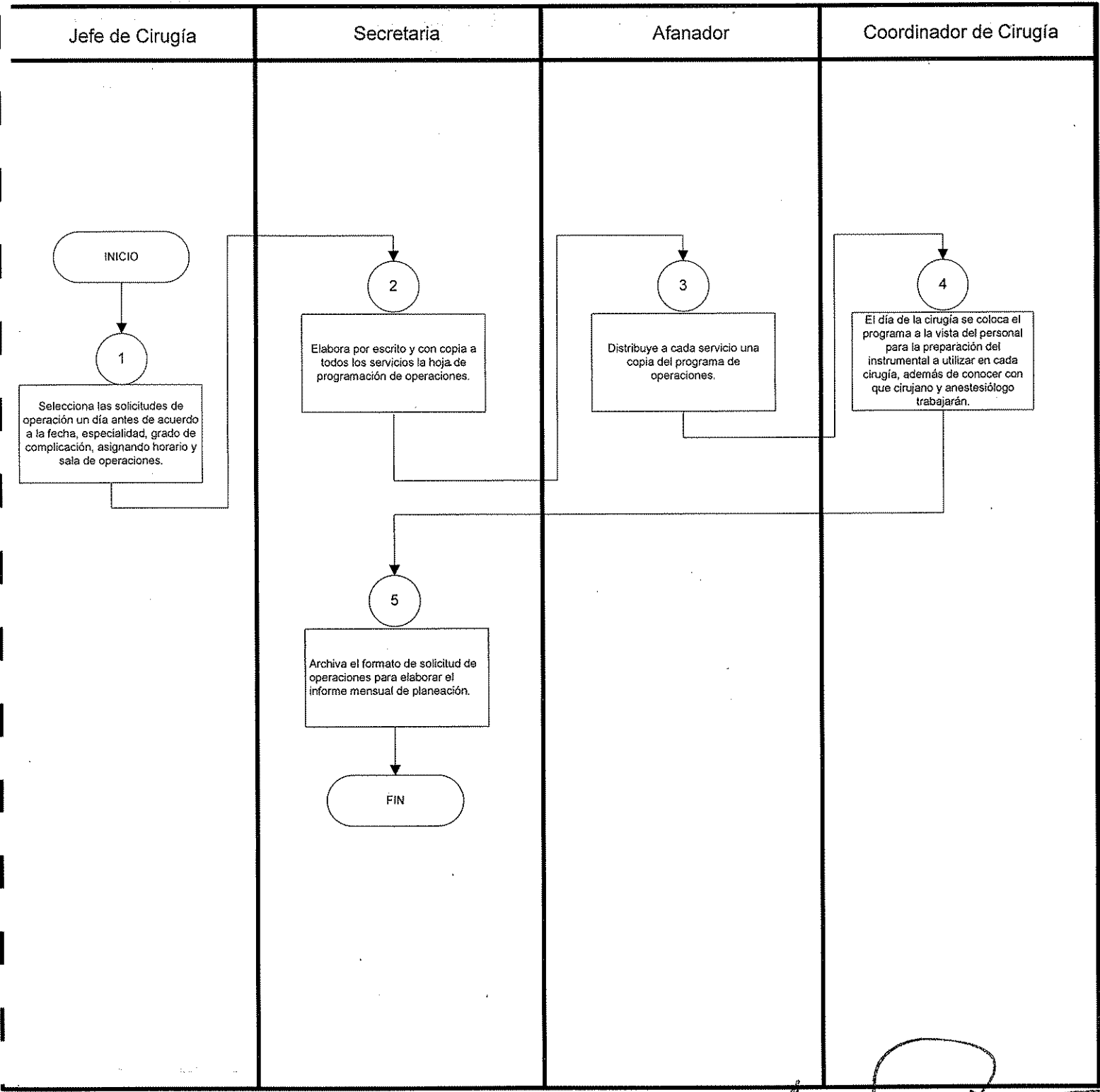
### 31.- Procedimiento para la Elaboración del Programa de Operaciones



REV:


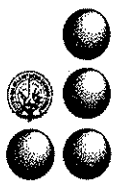
HOJA: 244

DE: 341



#### CONTROL DE EMISION

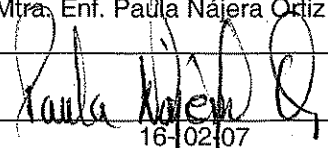
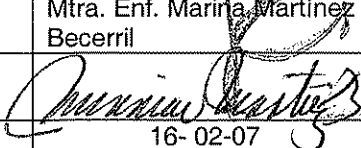
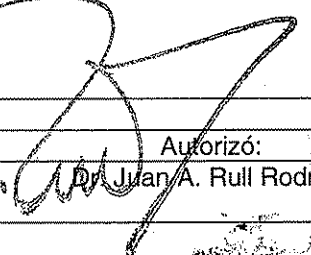
|         |                               |                                     |                             |
|---------|-------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|         | Elaboró:                      | Revisó:                             | Autorizó:                   |
| Nombre: | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril | Dr. Juan A. Rull-Rodrigo    |
| Firma:  | <i>Paula Najera Ortiz</i>     | <i>Marina Martínez Becerril</i>     | <i>Juan A. Rull-Rodrigo</i> |
| Fecha:  | 16-02-07                      | 16-02-07                            | 16-02-07                    |

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                           |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA:245 |
|   | <b>31.- Procedimiento para la Elaboración del Programa de Operaciones</b> |   | DE: 341  |

**FORMATO E INSTRUCTIVOS.**

**FORMATO: PARA ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE OPERACIONES**

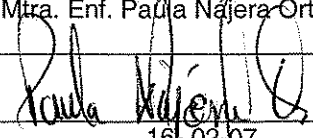
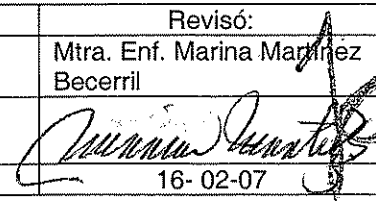
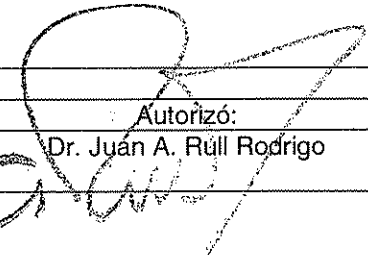
| No. | CONCEPTO       | SE ANOTARÁ  |
|-----|----------------|---|
| 1   | Fecha          | Día, mes y año.   |
| 2   | Edad           | Años cumplidos.   |
| 3   | Cama           | Número de cama asignada.  |
| 4   | Registro       | Número de expediente del paciente.  |
| 5   | Sala           | Sala quirúrgica asignada para el procedimiento quirúrgico.  |
| 6   | Turno          | Turno que se asigna para el procedimiento.  |
| 7   | Ingreso/Egreso | Hora en que se ingresa y egresa de la sala.   |
| 8   | Operación      | En este apartado se anotará el nombre completo del paciente y la cirugía que se realizará.        |
| 9   | Observaciones  | La coordinadora anotará observaciones como si se hizo tricotomía, si se instaló sonda foley, etc. |
| 10  | Cirujano       | Nombre del cirujano de base.  |
| 11  | Residente      | Nombre del residente de cirugía   |
| 12  | Anestesiólogo  | Nombre del médico de anestesia.   |


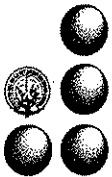
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



|   |  |   |           |
|---|--|---|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:      |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA: 247 |
|   | <b>32.- Procedimiento para Hoja de Consentimiento Informado y Autorización de Procedimientos Invasivos</b> |   | DE: 341   |

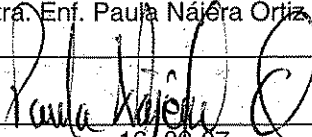
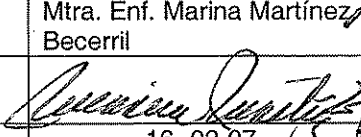
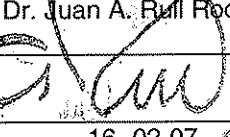
**32.- PROCEDIMIENTO PARA HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS.**

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA:248 |
|   | <b>32.- Procedimiento para Hoja de Consentimiento Informado y Autorización de Procedimientos Invasivos</b> |   | DE: 341  |

**OBJETIVO**

Contar con un instrumento administrativo legal para la Autorización de Procedimientos Invasivos.


| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16/02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|  |  |  |           |
|--|--|--|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:      |
|  | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |  | HOJA: 249 |
|  | <b>32.- Procedimiento para Hoja de Consentimiento Informado y Autorización de Procedimientos Invasivos</b> |  | DE: 341   |

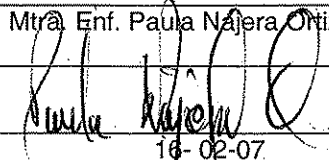
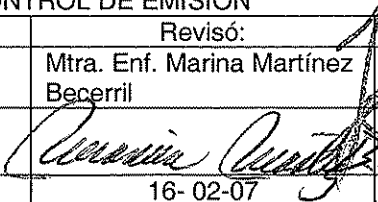
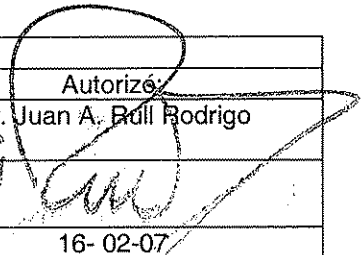
**POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN**

- 1.- Todo paciente programado para procedimiento invasivo firmará o plasmará su huella digital en el formato de consentimiento informado para procedimientos invasivos, cuando no este en condiciones la persona legalmente responsable.
- 2.- Todo paciente que no llene este formato no se le podrá realizar el procedimiento.

| CONTROL DE EMISIÓN |                               |                                     |                          |
|--------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|                    | Elaboró:                      | Revisó:                             | Autorizó:                |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril | Dr. Juan A. Rull-Rodrigo |
| Firma:             |                               |                                     |                          |
| Fecha:             | 16-02-07                      | 16-02-07                            | 16-02-07                 |

|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA:250 |
|   | <b>32.- Procedimiento para Hoja de Consentimiento Informado y Autorización de Procedimientos Invasivos</b> |   | DE: 341  |

| UNIDAD O PERSONAS QUE INTERVIENEN | NÚMERO DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD   |
|-----------------------------------|---------------------|---|
| Médico Responsable                | 1                   | Cuando se trate de un procedimiento electivo se solicitará al paciente y familiares que firmen la hoja de consentimiento informado.   |
|                                   | 2                   | Si el procedimiento es una emergencia se solicitará, en el momento previo al procedimiento, al paciente y familiares que firmen la hoja de consentimiento informado.<br><b>FIN DEL PROCEDIMIENTO.</b> |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Bull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

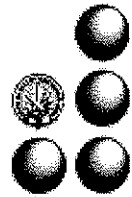




# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

## Subdirección de Enfermería

### 32.- Procedimiento para Hoja de Consentimiento Informado y Autorización de Procedimientos Invasivos

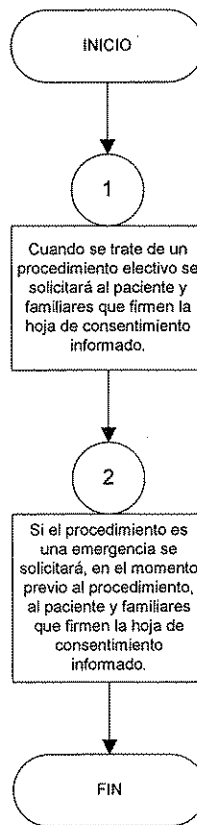


REV:

HOJA: 251

DE: 341

Medico Responsable



#### CONTROL DE EMISIÓN

Elaboró:

Revisó:

Autorizó:

Nombre:

Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz

Mtra. Enf. Marina Martínez Becerra

Dr. Juan A. Rull Rodrigo


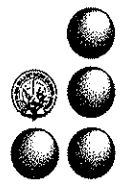
Firma:

Fecha:

16-02-07

16-02-07

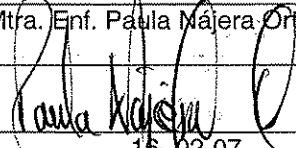

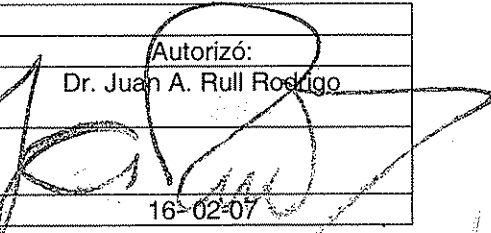
16-02-07

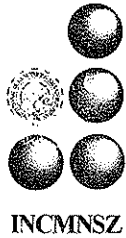
|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA:252 |
|   | <b>32.- Procedimiento para Hoja de Consentimiento<br/>Informado y Autorización de Procedimientos Invasivos</b> |   | DE: 341  |

**FORMATO E INSTRUCTIVOS.**

**FORMATO: PARA HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS INVASIVOS**

| No. | CONCEPTO                                   | SE ANOTARÁ   |
|-----|--|--|
| 1   | Fecha                                      | Día, mes y año.  |
| 2   | Nombre                                     | Nombre completo del paciente   |
| 3   | Registro                                   | Número de expediente del paciente.   |
| 4   | Edad                                       | Años cumplidos.  |
| 5   | Cama                                       | Número de cama asignada.   |
| 6   | Sector                                     | Número del sector.   |
| 7   | Fecha del procedimiento                    | Fecha en que se realizará el procedimiento.  |
| 8   | Autorizó                                   | El procedimiento que se realizará.   |
| 9   | Riesgos                                    | Los riesgos o posibles complicaciones derivados del procedimiento al que será sometido el paciente en relación a su estado de salud. |
| 10  | Firma del enfermo                          | Nombre, firma o huella digital del paciente.   |
| 11  | Firma de la persona legalmente responsable | Nombre y firma de la persona responsable   |
| 12  | Testigo                                    | Nombre y firma de dos testigos que pueden ser familiares o dos personas ajenas a él.   |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Májera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodríguez  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



# Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS INVASORES

|       |     |
|-------|-----|
| REV:  |     |
| HOJA: | 253 |
| DE:   | 341 |

México, D. F. a 1 de \_\_\_\_\_ de 200\_\_

Nombre : \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ Registro : \_\_\_\_\_ 3

Sexo : \_\_\_\_\_ Edad : 4 Cama : 5 Sector : 6 Fecha del Procedimiento : 7

**Autorizo** a los médicos del departamento de 8 \_\_\_\_\_  
para que se me practique \_\_\_\_\_,  
procedimiento que es necesario para el diagnóstico o tratamiento de mi enfermedad.

Conozco y acepto los riesgos y posibles complicaciones que este procedimiento puede provocar en mi persona. Me han informado que los que se presentan con una frecuencia mayor al 1 % son los siguientes:

9

|       |       |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |


Estoy informado sobre otros riesgos que pueden aparecer con menor frecuencia, sin embargo, de acuerdo a la información que he recibido, los beneficios potenciales del procedimiento son mayores a las posibles complicaciones del mismo.

Firma del paciente  
10

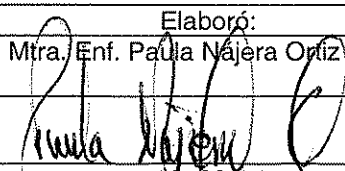
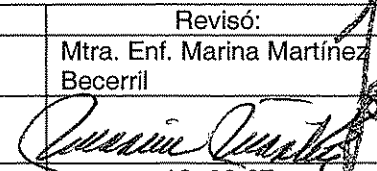
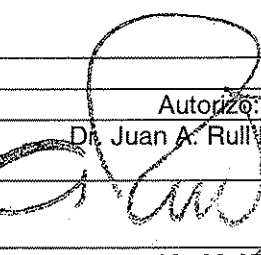
Firma del responsable legal  
11


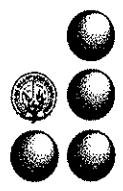
Testigo  
12

Testigo  
12

|   |  |   |                  |
|---|--|---|------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:             |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA: <b>254</b> |
|   | <b>33.- Procedimiento para Hoja de Control de la<br/>Preparación Preoperatoria de Enfermos</b> |   | DE: <b>341</b>   |

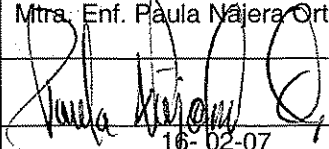
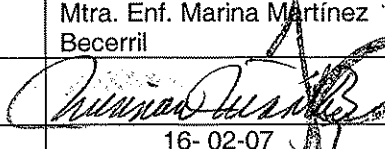
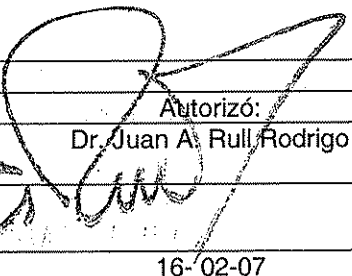
**33.- PROCEDIMIENTO PARA HOJA DE CONTROL DE LA PREPARACIÓN PREOPERATORIA DE ENFERMOS**

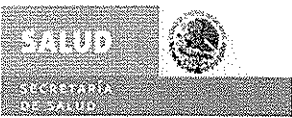
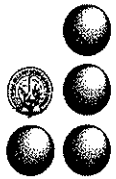
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |                  |
|---|--|---|------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:             |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA: <b>255</b> |
|   | <b>33.- Procedimiento para Hoja de Control de la<br/>Preparación Preoperatoria de Enfermos</b> |   | DE: <b>341</b>   |

**OBJETIVO**

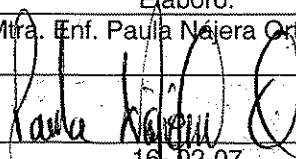
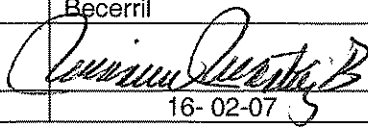
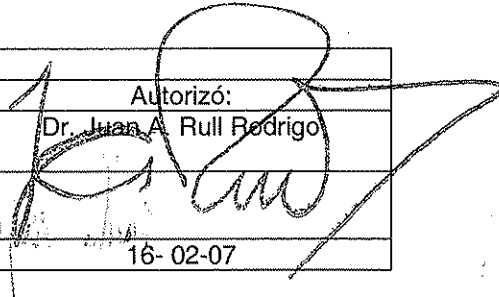
Contar con un instrumento administrativo legal de control de Preparación Preoperatorio de los Pacientes que eran intervenidos quirúrgicamente


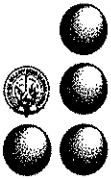
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |                  |
|---|--|---|------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:             |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA: <b>256</b> |
|   | <b>33.- Procedimiento para Hoja de Control de la Preparación Preoperatoria de Enfermos</b> |   | DE: <b>341</b>   |

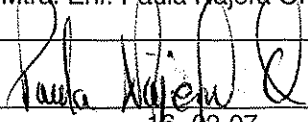
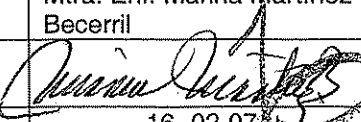
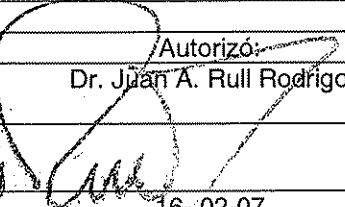
**POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN**

- 1.- Todo paciente programado para intervención quirúrgica deberá llevar en el expediente la hoja de preparación preoperatoria.
- 2.- No se recibirá al paciente en quirófano si no lleva este formato debidamente contestado.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |                  |
|---|--|---|------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:             |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA: <b>257</b> |
|   | <b>33.- Procedimiento para Hoja de Control de la Preparación Preoperatoria de Enfermos</b> |   | DE: <b>341</b>   |

| UNIDAD O PERSONAS QUE INTERVIENEN                        | NÚMERO DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD   |
|--|---------------------|---|
| Enfermera de los Diferentes Servicios de Hospitalización | 1                   | Registrará los datos generales del paciente.  |
|  | 2                   | Anotará en el cuadro correspondiente la respuesta solicitada al paciente después de interrogarlo.                         |
|  | 3                   | Anotará la fecha, firma y nombre completo de la enfermera responsable del paciente, según lo establecido en el instituto. |
|  | 4                   | Se anexará al expediente clínico entregándolo a cirugía.<br><b>FIN DEL PROCEDIMIENTO.</b>                                 |

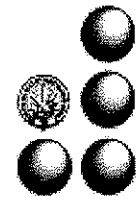
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

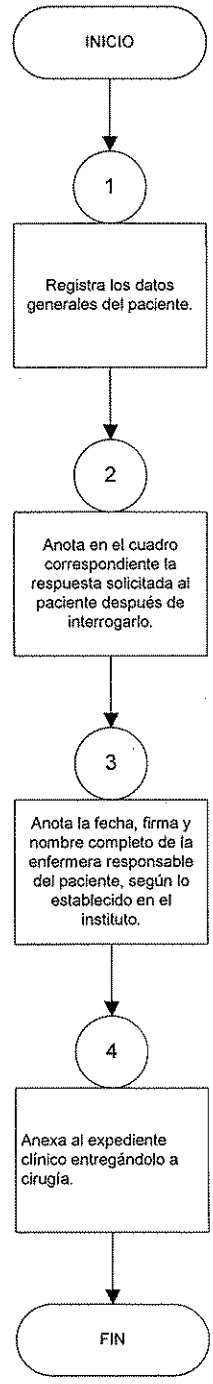
## Subdirección de Enfermería

### 33.- Procedimiento para Hoja de Control de la Preparación Preoperatoria de Enfermos



REV:  
HOJA: 258  
DE: 341


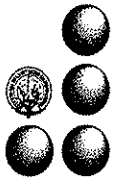
Enfermera de los Diferentes Servicios de Hospitalización



#### CONTROL DE EMISION

|         |                               |                                    |                          |
|---------|-------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
|         | Elaboró:                      | Revisó:                            | Autorizó:                |
| Nombre: | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerra | Dr. Juan A. Rull Rodrigo |
| Firma:  |                               |                                    |                          |
| Fecha:  | 16-02-07                      | 16-02-07                           | 16-02-07                 |

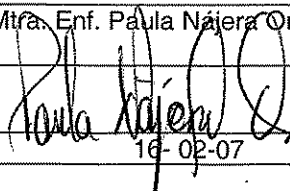
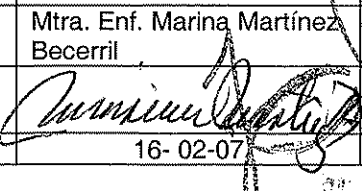
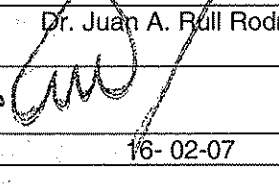


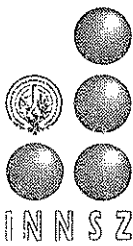
|   |  |   |                  |
|---|--|---|------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:             |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA: <b>259</b> |
|   | <b>33.- Procedimiento para Hoja de Control de la Preparación Preoperatoria de Enfermos</b> |   | DE: <b>341</b>   |

**FORMATO E INSTRUCTIVOS.**

**FORMATO: PARA HOJA DE CONTROL DE LA PREPARACIÓN PREOPERATORIA DE ENFERMOS**

| No. | CONCEPTO            | SE ANOTARÁ   |
|-----|---------------------|--|
| 1   | Nombre              | Nombre completo del paciente.  |
| 2   | Cama                | Nº de cama asignada.   |
| 3   | Registro            | Número de expediente del paciente.   |
| 4   | Preguntas 1 a la 12 | Se marcará con una cruz en el espacio correspondiente a cada pregunta (Si – No). |
| 5   | Fecha               | Fecha en que se obtiene la información.  |
| 6   | Firma               | Nombre y firma de la enfermera responsable.                                      |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION  
 "SALVADOR ZUBIRAN"  
 DIVISION DE MEDICINA Y CIRUGIA

|        |     |
|--------|-----|
| REV:   |     |
| HOJA : | 260 |
| DE:    | 341 |

**HOJA DEL CONTROL DE LA PREPARACION PREOPERATORIA DE ENFERMOS**

Nombre: \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ Cama: 2 \_\_\_\_\_ Registro: 3 \_\_\_\_\_

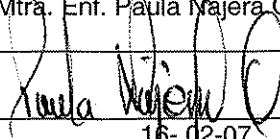
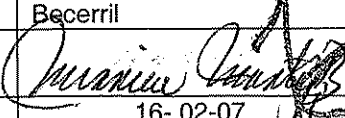
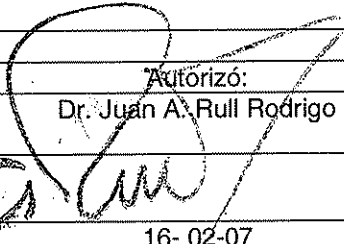
|  | SI | NO |
|--|----|----|
| 1.- ¿ Se entregó la hoja de la solicitud a la sala de operaciones ?                    |    |    |
| 2.- ¿ Está notificada la familia del enfermo acerca de la operación ?                  |    |    |
| 3.- ¿ Firmó el paciente, o la persona responsable, la autorización para la operación ? |    |    |
| 4.- ¿ Se aplicó la medicación pre-anestésica ?   |    |    |
| 5.- ¿ Se preparó adecuadamente el área operatoria ?                                    |    |    |
| ¿ Fué revisada por la jefe de servicio ?   |    |    |
| 6.- Evacuación vesical   a.- Espontánea   b.- Con sonda                                |    |    |
| Hora   |    |    |
| 7.- Temperatura, pulso y respiración registrados antes de la operación                 |    |    |
| 8.- ¿ Se pasó sonda nasogástrica ?   |    |    |
| 9.- ¿ Se retiraron prótesis dentales ?   |    |    |
| 10.- ¿ Se quitó barniz de uñas ?   |    |    |
| 11.- Valores personales (medallas, anillos, etc.)                                      |    |    |
| a.- Se retiraron   |    |    |
| b.- Se entregaron a:   |    |    |
| 12.- ¿ Lo visitó el sacerdote, pastor o representante de determinada religión ?        |    |    |

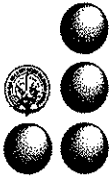
NOTA: Esta hoja debe ser llenada por la enfermera responsable del paciente y entregarla a la enfermera jefe de sala de operaciones.

Fecha: \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_

|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>                                  |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA:261 |
|   | <b>34.- Procedimiento para Hoja de Solicitud de Material y<br/>Equipo en Cirugía</b> |   | DE: 341  |

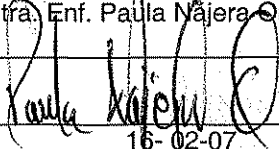
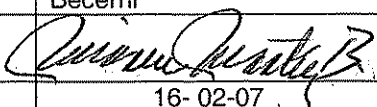
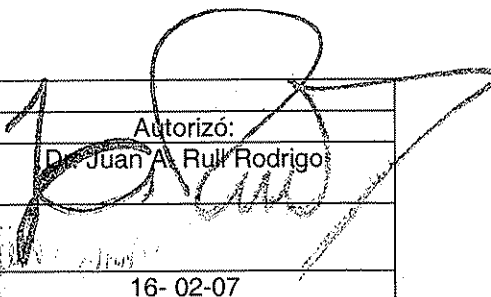
**34.- PROCEDIMIENTO PARA HOJA DE SOLICITUD DE MATERIAL Y EQUIPO EN CIRUGÍA**


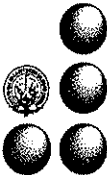
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                                  |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA:262 |
|   | <b>34.- Procedimiento para Hoja de Solicitud de Material y Equipo en Cirugía</b> |   | DE: 341  |

**OBJETIVO**

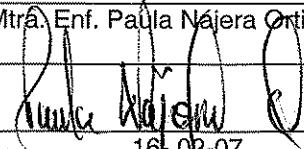
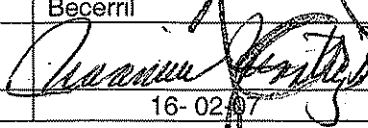
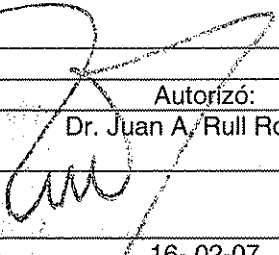
Contar con un instrumento administrativo que permita el control de instrumental y material médico quirúrgico.

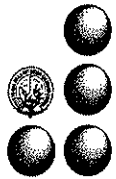
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |           |
|---|--|---|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>                                  |  | REV:      |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA: 263 |
|   | <b>34.- Procedimiento para Hoja de Solicitud de Material y<br/>Equipo en Cirugía</b> |   | DE: 341   |

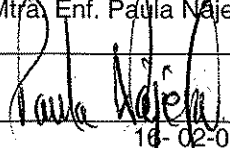
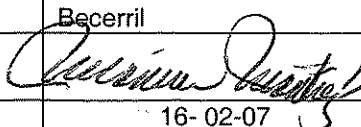
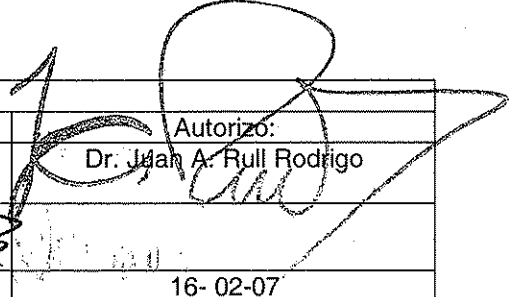
**POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN**

- 1.- Siempre que se requiera instrumental, material y equipo deberá ser solicitado con el formato correspondiente.
- 2.- Cuando se entregue el instrumental y material quirúrgico al cuarto de trabajo deberá ser recibido con el formato correspondiente.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |           |
|---|--|---|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                                  |  | REV:      |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA: 264 |
|   | <b>34.- Procedimiento para Hoja de Solicitud de Material y Equipo en Cirugía</b> |   | DE: 341   |

| UNIDAD O PERSONAS QUE INTERVIENEN | NÚMERO DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD  |
|-----------------------------------|---------------------|--|
| Enfermera Instrumentista          | 1                   | Registrar los datos solicitados en la hoja de solicitud de material y equipo.  |
|                                   | 2                   | Anota en los espacios la cantidad del instrumental que se requiere.  |
|                                   | 3                   | Anota la clave de la cirugía general que se requiere.  |
|                                   | 4                   | Solicita los lentes que requiera por milímetros, grados y especialidad.  |
| Auxiliar de Enfermería            | 5                   | Entrega el instrumental y material quirúrgico solicitado.  |
| Enfermera                         | 6                   | Al finalizar el procedimiento entrega instrumental y material quirúrgico al cuarto de trabajo.   |
| Auxiliar de Enfermería            | 7                   | Recibe el instrumental y material quirúrgico en cuarto de trabajo verificando con el formato correspondiente que este completo.<br><b>FIN DEL PROCEDIMIENTO.</b> |

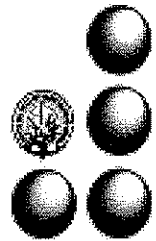
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

Subdirección de Enfermería

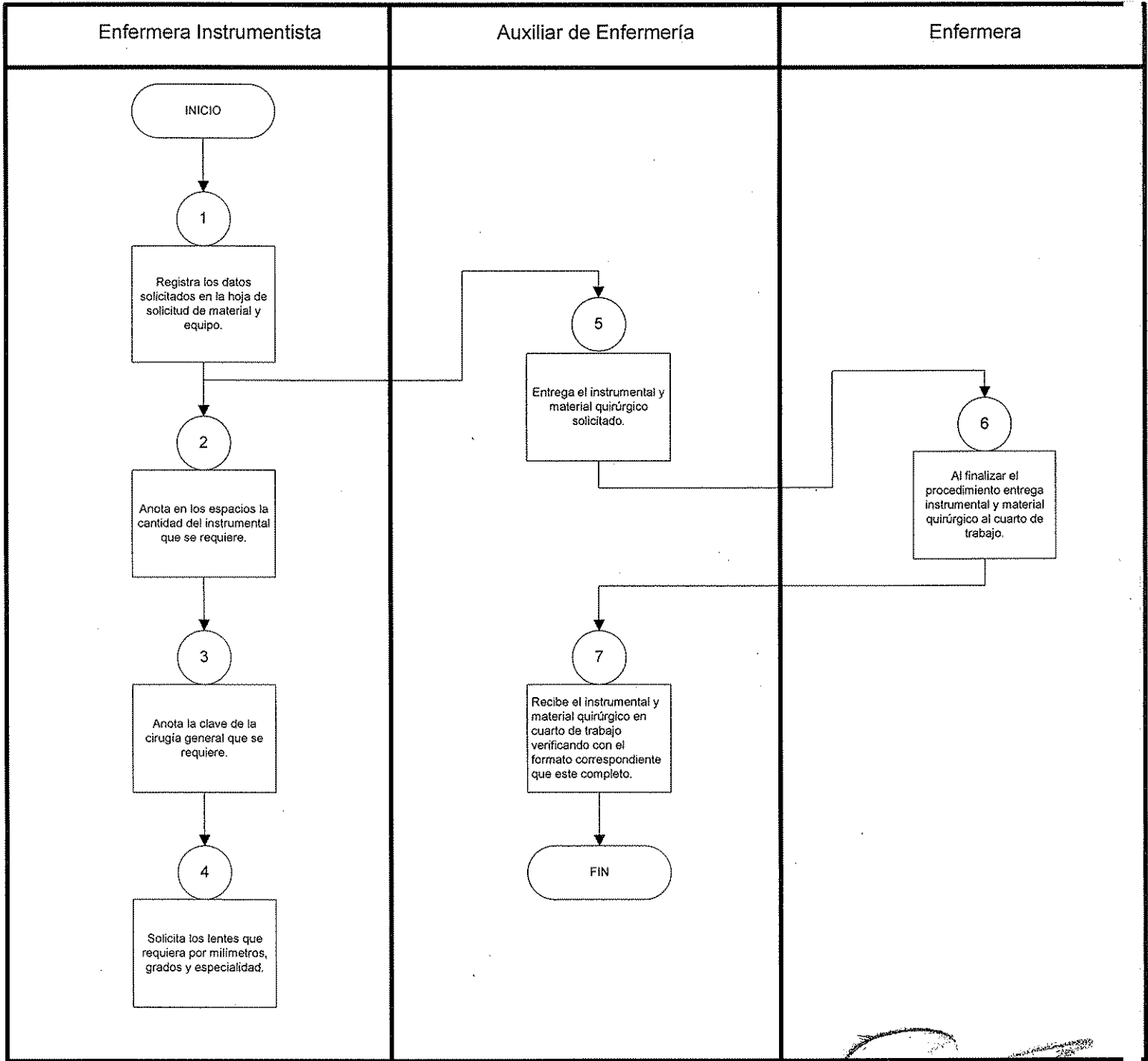
## 34.- Procedimiento para Hoja de Solicitud de Material y Equipo en Cirugía



REV:

HOJA: 26

DE: 341



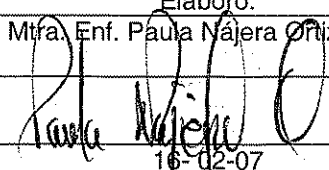
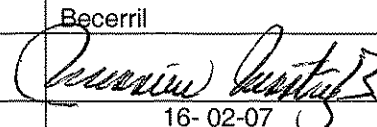
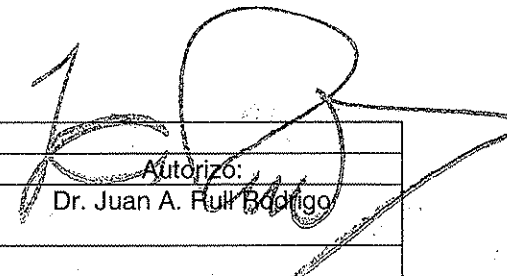
### CONTROL DE EMISION

|         | Elaboró:                      | Revisó:                            | Autorizó:                |
|---------|-------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| Nombre: | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerra | Dr. Juan A. Rull Rodrigo |
| Firma:  |                               |                                    |                          |
| Fecha:  | 16/02-07                      | 16-02-07                           | 16-02-07                 |

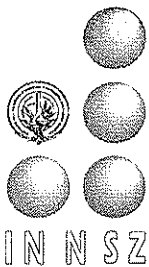
|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>                                  |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA:266 |
|   | <b>34.- Procedimiento para Hoja de Solicitud de Material y<br/>Equipo en Cirugía</b> |   | DE: 341  |

**FORMATO E INSTRUCTIVOS.  
FORMATO: PARA HOJA DE SOLICITUD DE MATERIAL Y EQUIPO**

| No. | CONCEPTO         | SE ANOTARÁ  |
|-----|------------------|---|
| 1   | Cirugía          | Cirugía programada.                                       |
| 2   | Fecha            | Fecha en que se solicita el Material y Equipo.            |
| 3   | Instrumentista   | Nombre completo de la enfermera instrumentista.           |
| 4   | Circulante       | Nombre completo de la enfermera circulante.               |
| 5   | Cirujano         | Nombre completo del cirujano responsable.                 |
| 6   | Sala             | Número de sala asignada para el procedimiento.            |
| 7   | Clave o Cantidad | Clave o cantidad de instrumental solicitado (con número). |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Full Borrego  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |






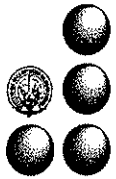
**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN**  
**SOLICITUD DE MATERIAL Y EQUIPO**

|       |            |
|-------|------------|
| REV:  |            |
| HOJA: | <b>267</b> |
| DE:   | <b>341</b> |

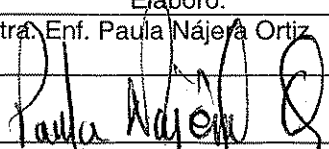
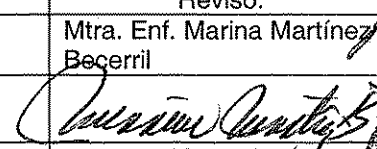
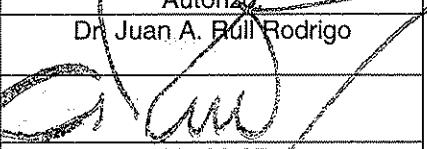
**CIRUGÍA** \_\_\_\_\_ **1** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_ **2** \_\_\_\_\_  
**INSTRUMENTISTA** \_\_\_\_\_ **3** \_\_\_\_\_ **CIRCULANTE** \_\_\_\_\_ **4** \_\_\_\_\_  
**CIRUJANO** \_\_\_\_\_ **5** \_\_\_\_\_ **SALA** \_\_\_\_\_ **6** \_\_\_\_\_


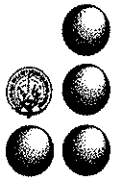
| EQ. CIRUGIA GENERAL | CLAVE | ARMY                | EQ. TORAX                |
|---------------------|-------|---------------------|--------------------------|
| CIRUGIA GENERAL     | 7     | FINOCHETO           | TORACOSCOPIA             |
| CIR. BILIODIGESTIVA |       | GOOSET              | EQ. PRIMERA COSTILLA     |
| EQ. BIOPSIA         |       |                     | ESTERNOTOMO              |
| EQ. HERNIA          |       |                     | FIBROSCOPIO RIGIDO       |
| EQ. TIROIDES        |       | <b>DISECCIONES</b>  | EQ. COSTILLA 3 PZAS.     |
| EQ. CUELLO          |       | ADSON CON DIENTES   | ELEVADOR COSTAL          |
| ASEPSIA             |       | ADSON SIN DIENTES   | P. DUVAL                 |
| CATETERISMO         |       | CHICAS CON DIENTES  |                          |
| CHAROLA MAYO        |       | CHICAS SIN DIENTES  | <b>EQ. CARDIO</b>        |
| JERINGA ASEPTO      |       | BAYONETA            | CIRUGIA CARDIO           |
| LEBRILLO COMLETO    |       | P. FINA CON DIENTES | EQ. VASCULAR CARDIO      |
| LEBRILLO SENCILLO   |       | P. FINA SIN DIENTES | MARCAPASO                |
| SET MINIPLUS        |       | P. ROMA SIN DIENTES |                          |
| VASO PRECIPITADO    |       | P. ROMA CON DIENTES | <b>VIAS BILIARES</b>     |
| TUBO ASPIRADOR      |       | RUSA                | DILATADORES BAKES        |
| CABLE ELECTRO       |       | VASCULARES          | P. RANDELL               |
|                     |       |                     | TROCARS OCHSNER          |
|                     |       | <b>EQ. CORTE</b>    | RETRACTOR PAPILA         |
| <b>PINZAS</b>       |       | CORTE GRANDE        |                          |
| ADSON HEMOSTATICAS  |       | CORTE CHICO         | <b>EQ. COLON Y RECTO</b> |
| ANILLOS             |       | T. METZENBAUM       | CLAMS INTESTINAL         |
| JGO. ALLIS CORTAS   |       | T. MAYO             | KALMART                  |
| JGO. ALLIS LARGAS   |       | T. POOTZ            | EQ. PROCTOLOGIA          |
| JGO. BABCOK CORTAS  |       | T. STEVENS          | ANOSCOPIO                |
| JGO. BABCOK LARGAS  |       | T. ESPECIALIDAD     | ESTILETE                 |
| JGO. ERINAS         |       | T. IRIS             | GANCHO CRIPTA            |
| JGO. KELLY          |       | MANGO BISTURI # 3   |                          |
| JGO. KOCHER         |       | MANGO BISTURI # 4   | <b>EQ. UROLOGIA</b>      |
| JGO. MOSCOS         |       | MANGO BISTURI # 7   | BENIQUES                 |
| JGO. POZZY          |       |                     | SEP. TORNER              |
| JGO. ROCHSTER PEAN  |       | <b>PORTA AGUJAS</b> | PZAS. PROSTATECOMIA      |
| LAHEY VIEJAS        |       | CHICO, MED. LARGO   | GILBERNET                |
| LAHEY LARGAS        |       | ALAMBRE             | CONDUCTOR SONDA          |
| LAHEY PUNTA FINA    |       | VASCULAR            | A. STANEY PEREYRA        |
|                     |       |                     |                          |
|                     |       | <b>EQ. OTORRINO</b> | <b>EQ. GINECOLOGIA</b>   |
| <b>SEPARADORES</b>  |       | EQ. ASPIRADORES     | CATETERISMO OTB          |
| BOOK WALTER         |       | LARINGOSCOPIA       | DILATADORES HEGAR        |
| RICHARDSON CH M G   |       | RINOSEPTO           | EQ. LEGRADO              |
| FARABEUF            |       | RINOSCOPIO          | EQ. OTB                  |
| HARRINGTON CH M G   |       | SEPTUM              | HISTEROMETRO             |
| MALEABLES D M A     |       | SENOS PARANASALES   | SEP. SULLIVAN            |
| THOMSON             |       | TIMPANOPLASTIA      | VALVA DE PESO            |
| JGO. DEAVER         |       | MICROLARINGOSCOPIA  | VALVAS SIMS              |
| DEAVER D M A        |       | CANULA ADSON        | P. UTERINA               |
| FOSS                |       | CANULA Y ANCAUER    | ESPEJO VAGINAL           |
| OMNI TRACK          |       | MASTOIDES           | P. HEANY                 |
| SEN MILLER VOLKMA   |       | ESTAPEDECTOMIA      |                          |

|                      |  |                           |  |                      |  |
|----------------------|--|---------------------------|--|----------------------|--|
| <b>EQ. VASCULAR</b>  |  | <b>EQ. NEUROCIRUGIA</b>   |  | <b>SUTURAS</b>       |  |
| TRASPLANTE RENAL     |  | EQ. CRANEO                |  |                      |  |
| TRASP. HEPATICO      |  | CRANEOTOMO                |  |                      |  |
| ESPLENO RENAL        |  | FRESADORA                 |  |                      |  |
| VASCULAR             |  | DISECTORES                |  |                      |  |
| TRASP. MICROCIRUGIA  |  | CURETAS                   |  |                      |  |
| SAFENA INSITU        |  | MICROCIRUGIA TIJERAS      |  |                      |  |
| SAFENECTOMO          |  | MICROCIRUGIA              |  |                      |  |
| FIST. ARTERIO VENOSA |  | P. BIPOLAR MACRO          |  |                      |  |
| P. AORTA             |  | P. BIPOLAR MICRO          |  |                      |  |
| DILATADORES DE VENA  |  | SEP. HALO                 |  |                      |  |
| VALVULOTOMO          |  | EQ. LAMINA                |  |                      |  |
| J. BULLDOGS VENOSOS  |  | EQ. INICIADOR CORTE       |  |                      |  |
| J. BULLDOGS ARTERIAL |  | SEP. JANSEN               |  |                      |  |
| SATINSKY             |  | SP. BECKMAN               |  | <b>ENGRAPADORAS</b>  |  |
|                      |  | SEP. WEITLANER            |  | LINEAL 55 MM         |  |
| <b>EQ. CIR. FINA</b> |  | SEP. GELPI                |  | LINEAL 75 MM         |  |
| EQ. MINIDRAVER       |  | EQ. HIPOFISCTOMIA         |  | TA 30 MM             |  |
| EQ. MANO             |  | SEP. CLAWARD              |  | GASTRICA 60 MM       |  |
| EQ. CIR. PLASTICA    |  | P. KERRISON M. ARRIBA     |  | GASTRICA 90 MM       |  |
| EQ. DERMATOLOGICA    |  | P. KERRISON M. ABAJO      |  | ENDOGIA              |  |
| EQ. MICROCIRUGIA     |  | FUNDA MICROSCOPIO         |  | CIRCULAR 21 MM       |  |
| EQ. OFTALMOLOGIA     |  | GRASPAS RANEY             |  | CIRCULAR 29 MM       |  |
| <b>EQ. ORTOPEDIA</b> |  | LIGAS                     |  | CIRCULAR 31 MM       |  |
| EQ. SEPARADORES      |  | SEP. RAIZ                 |  | CIRCULAR 33 MM       |  |
| EQ. RIMAS            |  | DISECTORES PENFIELD       |  | ENDOSCOPICA 35 MM    |  |
| EQ. ORTOPEDIA GENER  |  | SEP. CUSHING              |  | ENDOSCOPICA 45 MM    |  |
| EQ. NEUMATICO        |  |                           |  | PIEL                 |  |
| MAXIDRAVER           |  | <b>CIR. LAPAROSCOPICA</b> |  | <b>VARIOS</b>        |  |
| TALADRO              |  | CAMARA                    |  | STERI DRAPE          |  |
| PERFORADOR MANUAL    |  | LENTE 30o                 |  | LIJA LIMPIA CAUTERIO |  |
| JGO. CINCELES        |  | LENTE 0o                  |  | CONECTOR SIMS        |  |
| DESPERIOSTIZADOR     |  | FIBRA OPTICA              |  | GELFOAM              |  |
| CUCHARILLAS          |  | EQ. LAPAROSCOPIA          |  | SURGIGEL             |  |
| MARTILLO             |  | EQ. PARATIROIDES          |  | AZUL METILENO        |  |
| GANCHO               |  | EQ. STORZ 5 MM            |  | AZUL ISOSULFAN       |  |
| PLATO                |  | INSUFLADOR                |  | AGUJA TRUCUT         |  |
| CUCHARA              |  | CABLE ELECTRO             |  | SURGI LOOPS          |  |
| SEP. BENNETT         |  | AGUJA VERES               |  | VENDA ELASTICA       |  |
| SEP. HOHMANN         |  | TROCAR 12 MM              |  | HOJA BISTURI #       |  |
| SEP. MEYERDING       |  | TROCAR 10 MM              |  | SONDA NELATON #      |  |
| PINZAS LANE          |  | TROCAR 5 MM               |  | SONDA FOLEY #        |  |
| GUBIA                |  | REDUCTOR DE ESPACIO       |  | SONDA EN T #         |  |
| CIZALLA              |  | ENGRAPADORA 10 MM         |  | SONDA LEVIN #        |  |
| RIMA                 |  | ENGRAPADORA 5 MM          |  | ALGODON              |  |
| SIERRA GIGLI         |  | FUNDA LAPAROSCOPIA        |  | PUCHOS               |  |
| MANGOS P/SIERRA      |  |                           |  | CAT. URETERAL #      |  |
| P. ELECTRICISTA      |  | <b>VARIOS</b>             |  | CAT. FOGARTY #       |  |
| P. CORTA ALAMBRE     |  | PLEUREVAC                 |  | CAT. DOBLE J         |  |
| P. BAILARINA         |  | DRENOVAC                  |  | CAT. TENCKHOOF       |  |
| DESARMADORES         |  | BIOVAC #                  |  | BANDA T V T          |  |
| SEP. TAYLOR          |  | BOLSA DREN URINARIO       |  | MALLAS               |  |
|                      |  |                           |  |                      |  |
| CLAVOS               |  | SONDA PLEURAL             |  |                      |  |
| BROCAS               |  | SONDAS FOLEY              |  |                      |  |
| UNIDADES ELECTRO     |  |                           |  |                      |  |
| ARMONICO             |  |                           |  |                      |  |
| LIGASURE             |  |                           |  |                      |  |

|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA:268 |
|   | <b>35.- Procedimiento para Hoja de Registro de Material y<br/>Equipo que se usa durante la Cirugía</b> |   | DE: 341  |

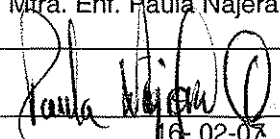
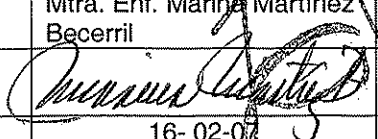
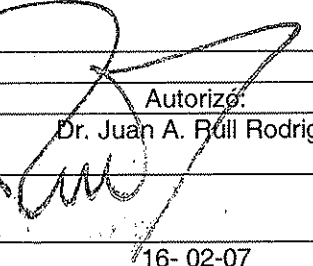
**35.- PROCEDIMIENTO PARA HOJA DE REGISTRO DE MATERIAL Y EQUIPO QUE SE USA DURANTE LA CIRUGÍA**


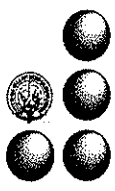
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA:269 |
|   | <b>35.- Procedimiento para Hoja de Registro de Material y<br/>Equipo que se usa durante la Cirugía</b> |   | DE: 341  |

**OBJETIVO**

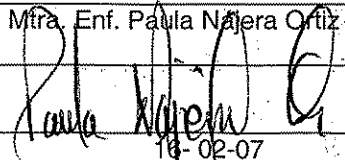
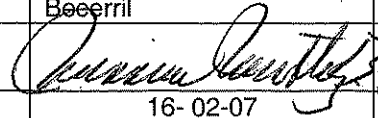
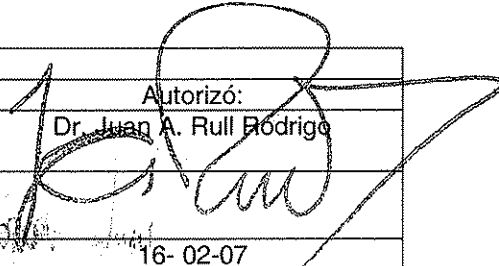
Contar con un instrumento administrativo para el registro de los procedimientos quirúrgicos realizados en cada una de las salas de quirófano, así como llevar el control transoperatorio del material y equipo utilizado durante cada procedimiento.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Bull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA:270 |
|   | <b>35.- Procedimiento para Hoja de Registro de Material y Equipo que se usa durante la Cirugía</b> |   | DE: 341  |

**POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN**

- 1.- Durante la Cirugía, se llevará un control del procedimiento quirúrgico para fines de productividad y estadísticos.
- 2.- El formato se llevará en todos los procedimientos quirúrgicos.

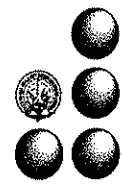
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Bocerril  | Dr. Juan A. Rull Rodríguez  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

## Subdirección de Enfermería

**35.- Procedimiento para Hoja de Registro de Material y Equipo que se usa durante la Cirugía**



REV:

HOJA: 271

DE: 341

| UNIDAD O PERSONAS QUE INTERVIENEN | NÚMERO DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD   |
|-----------------------------------|---------------------|---|
| Enfermera Circulante              | 1                   | Llenar el formato de acuerdo a los datos que se solicitan.  |
|                                   | 2                   | Si en la cuenta de gases, compresas, puchos y loops no están completos tendrán que informarlo oportunamente y verificar la cuenta.<br><b>FIN DEL PROCEDIMIENTO.</b> |

### CONTROL DE EMISIÓN

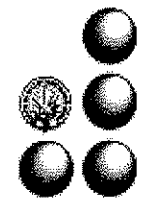
|         | Elaboró:                      | Revisó:                             | Autorizó:                |
|---------|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Nombre: | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril | Dr. Juan A. Rull Rodrigo |
| Firma:  |                               |                                     |                          |
| Fecha:  | 16-02-07                      | 16-02-07                            | 16-02-07                 |



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

## Subdirección de Enfermería

### 35.- Procedimiento para Hoja de Registro de Material y Equipo que se usa durante la Cirugía

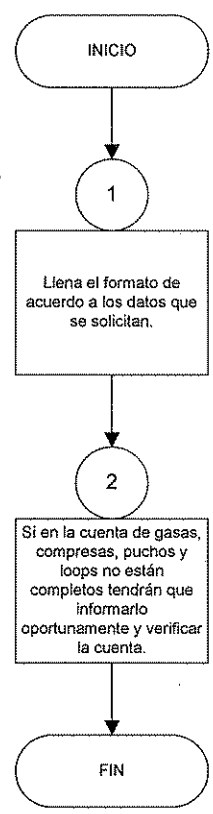


REV:

HOJA: 272


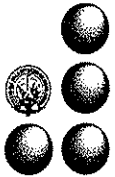
DE: 341

Enfermera Circulante



#### CONTROL DE EMISION

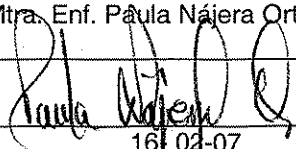
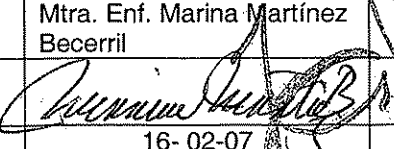
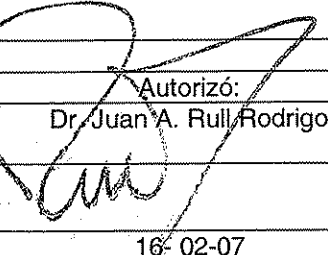
|         |                               |                                    |                          |
|---------|-------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
|         | Elaboró:                      | Revisó:                            | Autorizó:                |
| Nombre: | Mtra. Enf. Paola Nájera Ortiz | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerra | Dr. Juan A. Rull Rodrigo |
| Firma:  |                               |                                    |                          |
| Fecha:  | 16-02-07                      | 16-02-07                           | 16-02-07                 |

|   |  |   |           |
|---|--|---|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:      |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA: 273 |
|   | <b>35.- Procedimiento para Hoja de Registro de Material y Equipo que se usa durante la Cirugía</b> |   | DE: 341   |

**FORMATO E INSTRUCTIVOS.**

**FORMATO: PARA HOJA DE MATERIAL Y EQUIPO QUE SE USA DURANTE LA CIRUGÍA**

| No. | CONCEPTO   | SE ANOTARÁ  |
|-----|--|---|
| 1   | Fecha  | Día, mes y año.   |
| 2   | Sala   | Número de sala asignada para el procedimiento.  |
| 3   | Nombre   | Nombre completo del paciente  |
| 4   | Registro   | Número de expediente del paciente.  |
| 5   | Cama   | Número de cama asignada.  |
| 6   | Sexo   | Femenino(F), Masculino (M).   |
| 7   | Edad   | Años cumplidos.   |
| 8   | Tipo de anestesia  | Local, General, Bloqueo y Sedación.   |
| 9   | Ingres a Paciente  | Hora de ingreso a la sala.  |
| 10  | Inicia anestesia   | La hora en que se inicia la inducción anestésica.   |
| 11  | Inicia Cirugía   | Hora de inicio del procedimiento anestesia.   |
| 12  | Termina Cirugía  | La hora en que el paciente sale de la sala.   |
| 13  | Termina Anestesia  | Cuando esta despierto el paciente.  |
| 14  | Egres a Paciente   | Hora en que egresa el paciente de la sala.  |
| 15  | Cirugía Realizada  | Nombre del procedimiento que se realizo.  |
| 16  | Cirujano   | Nombre completo del Cirujano de base.   |
| 17  | Residentes   | Nombre completo del residente y grado.  |
| 18  | Anestesiólogo  | Nombre del anestesiólogo de base.   |
| 19  | Residentes   | Nombre del residente de anestesia y grado.  |
| 20  | Enfermera Instrumentista   | Nombre completo de la enfermera.  |
| 21  | Enfermera Circulante   | Nombre completo de la enfermera.  |
| 22  | Gasas, Compresas, Puchos y Loops                                   | El número total se anotará al inicio del procedimiento.   |
| 23  | Cuenta   | Si esta completa, de lo contrario avisan para que revise cavidad hasta corroborar que esta completa |
| 24  | Procedimientos Invasivos   | Se anotará el procedimiento invasivo.   |
| 25  | Catéter Central, Línea Arterial, Sonda vesical, sonda Endotraqueal | Se anotará si se instaló en cirugía o bien el servicio donde se realizó.                            |
| 26  | Drenajes   | El tipo de drenaje con el que el paciente sale de la sala.  |
| 27  | RX.  | Se anotará de donde se toma la placa de RX.   |
| 28  | Observaciones  | Las eventualidades durante el procedimiento.  |
| 29  | Nombre   | Nombre completo de la enfermera circulante  |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull/Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



|  |  |  |           |
|--|--|--|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:      |
|  | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |  | HOJA: 274 |
|  | <b>35.- Procedimiento para Hoja de Registro de Material y Equipo que se usa durante la Cirugía</b> |  | DE: 341   |

**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN  
SUBDIRECCION DE CIRUGIA  
HOJA DE REGISTRO DE MATERIAL Y EQUIPO QUE SE USA DURANTE LA CIRUGIA**

FECHA 1 SALA 2

NOMBRE 3 REG 4

CAMA 5 SEXO 6 EDAD 7 TIPO ANESTESIA 8

INGRESA PTE 9 INICIA ANESTESIA 10 INICIA CIRUGIA 11

TERMINA CIRUGIA 12 TERMINA ANESTESIA 13 EGRESA PTE 14

CIRUGIA REALIZADA 15

CIRUJANO 16 RESIDENTES 17

ANESTESIOLOGO 18 RESIDENTES 19

ENF. INSTRUMENTISTA 20 ENF. CIRCULANTE 21

GASAS 22 PROCEDIMIENTOS INVASIVOS 24

COMPRESAS \_\_\_\_\_ CATETER CENTRAL 25 LINEA ARTERIAL \_\_\_\_\_

PUCHOS \_\_\_\_\_ SONDA VESICAL \_\_\_\_\_


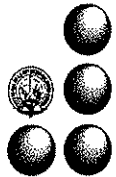
LOOPS \_\_\_\_\_ SONDA ENDOTRAQUEAL \_\_\_\_\_

CUENTA 23 DRENAJES 26

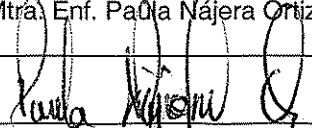
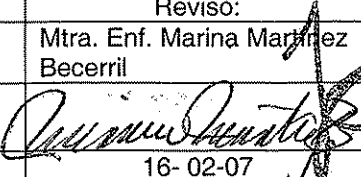
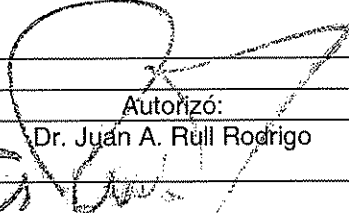
OBSERVACIONES 28 RX 27


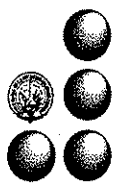
FIRMA \_\_\_\_\_ 29

| CONTROL DE EMISIÓN |                               |                                     |                            |
|--------------------|-------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|
|                    | Elaboró:                      | Revisó:                             | Autorizó:                  |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril | Dr. Juan A. Rull Rodríguez |
| Firma:             |                               |                                     |                            |
| Fecha:             | 16-02-07                      | 16-02-07                            | 16-02-07                   |

|   |  |   |                  |
|---|--|---|------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>              |  | REV:             |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                            |   | HOJA: <b>275</b> |
|   | <b>36.- Procedimiento para Hoja de Registro de Patología</b> |   | DE: <b>341</b>   |

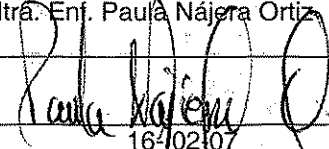
**36.- PROCEDIMIENTO PARA HOJA DE REGISTRO DE PATOLOGÍA**


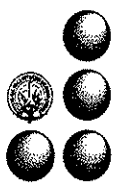
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paola Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |                  |
|---|--|---|------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>              |  | REV:             |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                            |   | HOJA: <b>276</b> |
|   | <b>36.- Procedimiento para Hoja de Registro de Patología</b> |   | DE: <b>341</b>   |

**OBJETIVO**

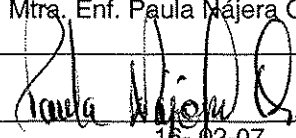

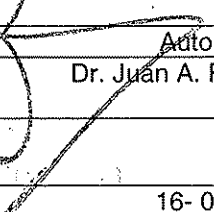
Contar con un documento administrativo para el control y registro de la recepción de las piezas quirúrgicas entregadas al servicio de Patología.


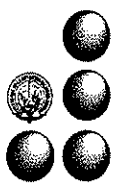
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>              |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                            |   | HOJA:277 |
|   | <b>36.- Procedimiento para Hoja de Registro de Patología</b> |   | DE: 341  |

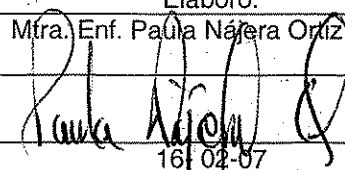
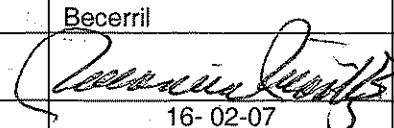
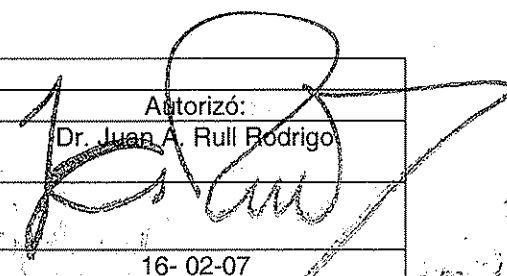
**POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN**

- 1.- Siempre que se entregue una pieza quirúrgica a patología debe de entregarse con el formato y los datos completos del paciente.
- 2.- Siempre se debe esperar a que reciban la pieza en patología y pongan la firma de recibido y quedarse con una copia.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Májera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Beceril   | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |                  |
|---|--|---|------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>              |  | REV:             |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                            |   | HOJA: <b>278</b> |
|   | <b>36.- Procedimiento para Hoja de Registro de Patología</b> |   | DE: <b>341</b>   |

| UNIDAD O PERSONAS QUE INTERVIENEN                 | NÚMERO DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD   |
|---|---------------------|---|
| Interno de Pregrado ó Medico Residente de Cirugía | 1                   | Llenará el formato de registro de Patología, con los datos correspondientes.                              |
| Enfermera Circulante ó Afanador                   | 2                   | Entrega la pieza quirúrgica a patología, con el formato correspondiente.<br><b>FIN DEL PROCEDIMIENTO.</b> |

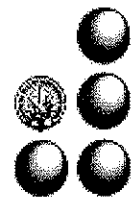
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

## Subdirección de Enfermería

### 36.- Procedimiento para Hoja de Registro de Patología



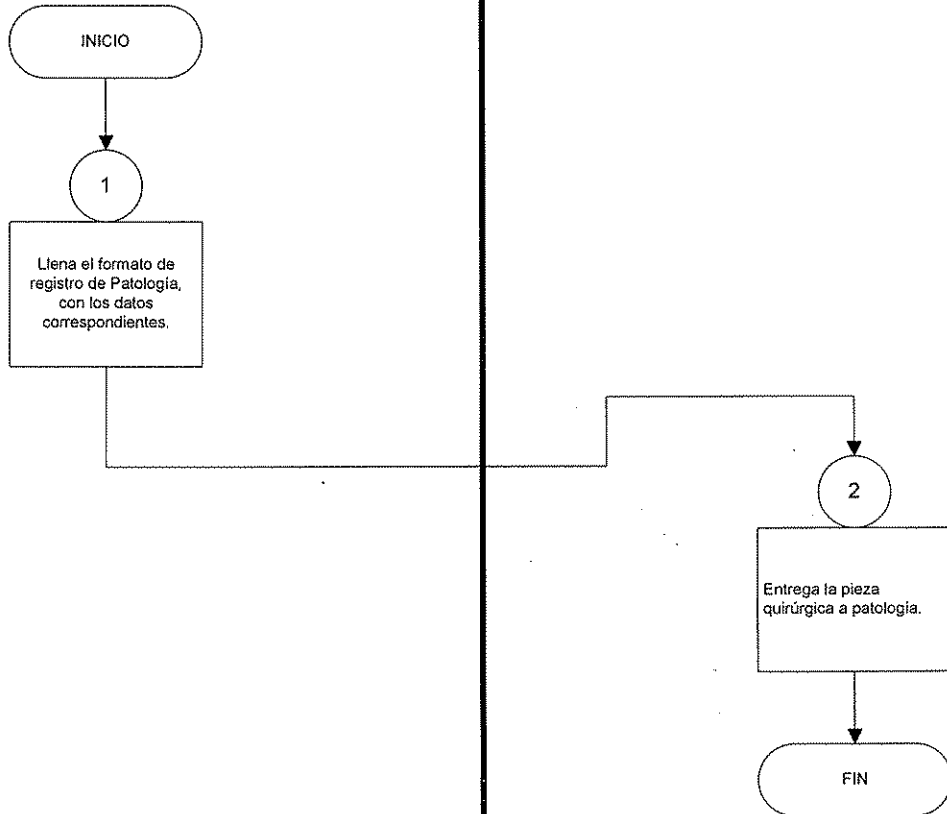
REV:

HOJA: 279

DE: 341


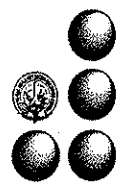
Interno de Pregrado ó Medico Residente de Cirugía

Enfermera Circulante ó Afanador



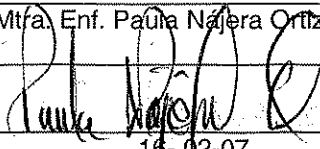
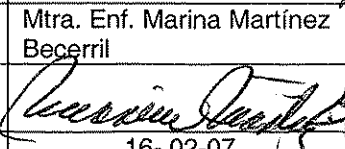
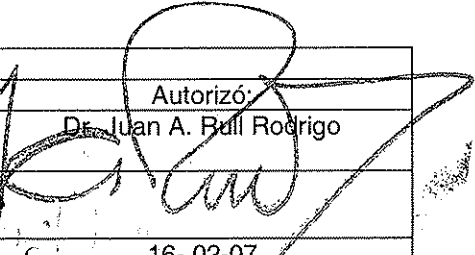
#### CONTROL DE EMISION

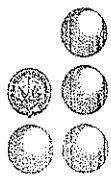
|         | Elaboró:                      | Revisó:                            | Autorizó:                   |
|---------|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| Nombre: | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerra | Dr. Juan A. Rull Rodrigo    |
| Firma:  | <i>Paula Nájera Ortiz</i>     | <i>Marina Martínez Becerra</i>     | <i>Juan A. Rull Rodrigo</i> |
| Fecha:  | 16-02-07                      | 16-02-07                           | 16-02-07                    |

|   |  |   |                  |
|---|--|---|------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>              |  | REV:             |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                            |   | HOJA: <b>280</b> |
|   | <b>36.- Procedimiento para Hoja de Registro de Patología</b> |   | DE: <b>341</b>   |

**FORMATO E INSTRUCTIVOS.  
FORMATO: PARA HOJA DE REGISTRO DE PATOLOGÍA**

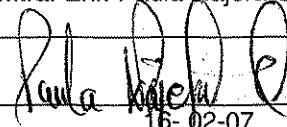
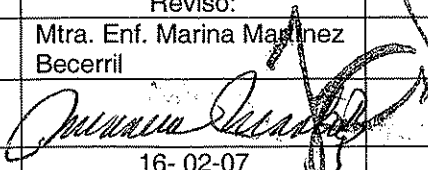
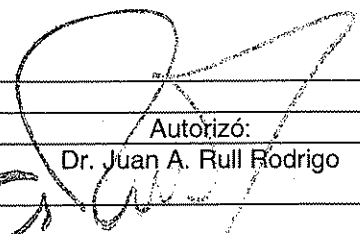
| No. | CONCEPTO                   | SE ANOTARÁ   |
|-----|----------------------------|--|
| 1   | Fecha                      | Día, mes y año.                                      |
| 2   | Sala                       | Número de sala quirúrgica.                           |
| 3   | Nombre                     | Nombre completo del paciente                         |
| 4   | No. Registro               | Número de expediente del paciente.                   |
| 5   | Cama                       | Número de cama asignada.                             |
| 6   | Pieza Quirúrgica           | Nombre anatómico de la pieza quirúrgica.             |
| 7   | Médico Responsable         | Nombre completo del Cirujano de base.                |
| 8   | Enfermera Circulante       | Nombre completo de la enfermera.                     |
| 9   | Turno                      | El turno que corresponde.                            |
| 10  | Nombre del médico Patólogo | El médico patólogo anota su nombre completo y firma. |
| 11  | Hora de entrega            | Hora en que se entrega la pieza.                     |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Bull Rodríguez  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |


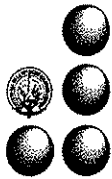


INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN  
 SALVADOR ZUBIRAN  
 DIRECCIÓN DE CIRUGÍA  
 REGISTRO DE PATOLOGÍA

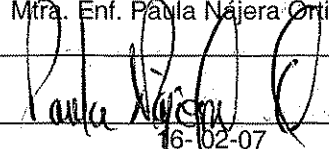
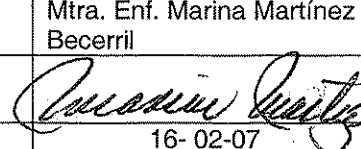
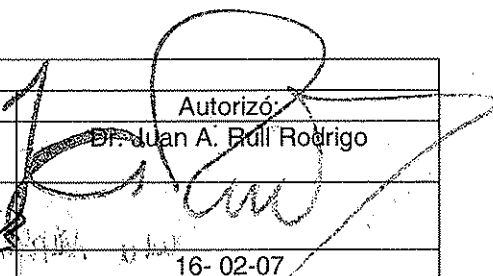
FECHA \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ SALA \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_  
 NO. REGISTRO \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ CAMA \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_  
 PIEZA QUIRÚRGICA \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_  
 MEDICO RESPONSABLE \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_  
 ENFERMERA CIRCULANTE \_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_  
 TURNO MAT. \_\_\_\_\_ 9 \_\_\_\_\_ VESP \_\_\_\_\_ NOCT. \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL MEDICO DE PATOLOGÍA \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_  
 ENTREGA CIRUGÍA \_\_\_\_\_ HORA DE ENTREGA \_\_\_\_\_ 11 \_\_\_\_\_


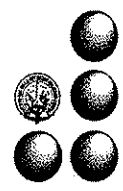
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



|   |   |   |           |
|---|---|---|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:      |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA: 282 |
|   | <b>37.- Procedimiento para Hoja del Departamento de Infectología para las Muestras que se entregan en Citología</b> |   | DE: 341   |

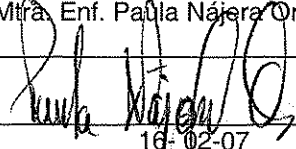
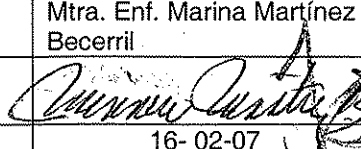
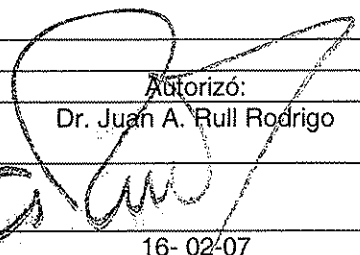
**37.- PROCEDIMIENTO PARA HOJA DEL DEPARTAMENTO DE INFECTOLOGÍA PARA LAS MUESTRAS QUE SE ENTREGAN EN CITOLOGÍA.**


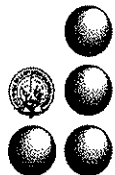
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Bull Rodríguez  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |                  |
|---|---|---|------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:             |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA: <b>283</b> |
|   | <b>37.- Procedimiento para Hoja del Departamento de Infectología para las Muestras que se entregan en Citología</b> |   | DE: <b>341</b>   |

**OBJETIVO**

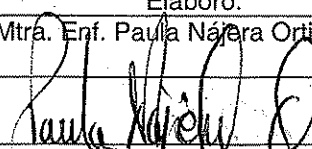
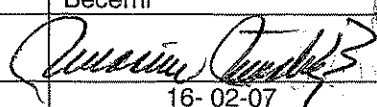
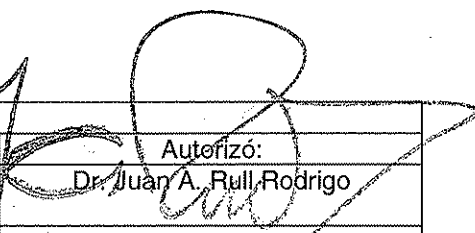
Contar con un documento administrativo para el control de la recepción de las muestras obtenidas durante el transoperatorio para su análisis microbiológico.


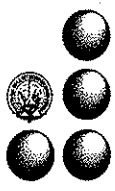
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |                  |
|---|---|---|------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:             |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA: <b>284</b> |
|   | <b>37.- Procedimiento para Hoja del Departamento de Infectología para las Muestras que se entregan en Citología</b> |   | DE: <b>341</b>   |

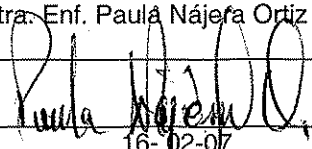
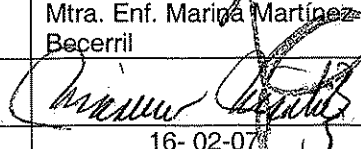
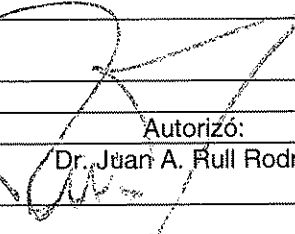
**POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN**

- 1.- Toda muestra que se tome para cultivo se envía al Departamento de Infectología para su procesamiento, en el formato establecido.
- 2.- Toda muestra obtenida para su cultivo deberá ser enviada con su respectiva solicitud debidamente requisitada.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |                  |
|---|---|---|------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:             |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA: <b>285</b> |
|   | <b>37.- Procedimiento para Hoja del Departamento de Infectología para las Muestras que se entregan en Citología</b> |   | DE: <b>341</b>   |

| UNIDAD O PERSONAS QUE INTERVIENEN                  | NÚMERO DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD  |
|--|---------------------|--|
| Médico Interno de Pre-Grado ó Residente de Cirugía | 1                   | Elabora el formato.  |
| Enfermera Circulante                               | 2                   | Anota en el libro de registro de cirugías el tipo de muestra enviada o cultivo.                                  |
| Afanador   | 3                   | Entrega al departamento de Infectología la muestra, con el formato establecido.<br><b>FIN DEL PROCEDIMIENTO.</b> |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

Subdirección de Enfermería

37.- Procedimiento para Hoja del Departamento de Infectología para las Muestras que se entregan en Citología



REV:

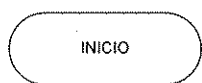
HOJA: 286

DE: 341

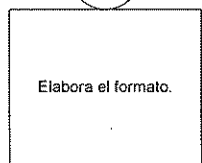
Medico Interno de Pre - Grado ó Residente de Cirugía

Enfermera Circulante

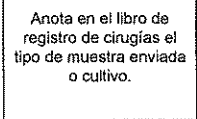
Afanador



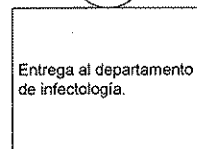
1



2




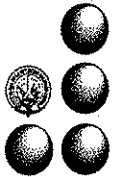
3



FIN

### CONTROL DE EMISION

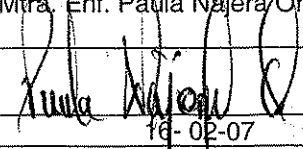
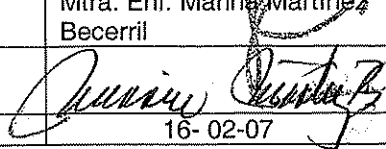
|         |                              |                                    |                             |
|---------|------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
|         | Elaboró:                     | Revisó:                            | Autorizó:                   |
| Nombre: | Mtra/Enf. Paula Najera Ortiz | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerra | Dr. Juan A. Rull-Rodrigo    |
| Firma:  | <i>Paula Najera Ortiz</i>    | <i>Marina Martínez Becerra</i>     | <i>Juan A. Rull-Rodrigo</i> |
| Fecha:  | 16-02-07                     | 16-02-07                           | 16-02-07                    |

|   |   |   |                  |
|---|---|---|------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:             |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA: <b>287</b> |
|   | <b>37.- Procedimiento para Hoja del Departamento de<br/>Infectología para las Muestras que se entregan en<br/>Citología</b> |   | DE: <b>341</b>   |

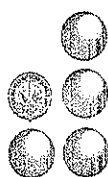
**FORMATO E INSTRUCTIVOS.**

**FORMATO: PARA HOJA DEL DEPARTAMENTO DE INFECTOLOGÍA PARA LAS MUESTRAS QUE SE ENTREGAN EN CIRUGÍA**

| No. | CONCEPTO             | SE ANOTARÁ   |
|-----|----------------------|--|
| 1   | Fecha                | Día, mes y año.  |
| 2   | Sala                 | Número de sala donde se realiza el procedimiento quirúrgico. |
| 3   | Nombre               | Nombre completo del paciente                                 |
| 4   | No. Registro         | Número de expediente del paciente.                           |
| 5   | Cama                 | Número de cama asignada para su hospitalización.             |
| 6   | Pieza Quirúrgica     | Nombre anatómico de la pieza.                                |
| 7   | Cultivo de           | De donde se toma el cultivo                                  |
| 8   | Médico Responsable   | Nombre completo del Médico Cirujano de base.                 |
| 9   | Enfermera Circulante | Nombre completo de la enfermera.                             |
| 10  | Recibe Infectología  | Nombre completo de quién recibe.                             |
| 11  | Firma                | Firma de la persona que recibe en infectología.              |
| 12  | Entrega Cirugía      | Nombre completo de quién entrega.                            |
| 13  | Hora                 | Hora en que se entrega.                                      |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|  |   |  |                  |
|--|---|--|------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:             |
|  | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |  | HOJA: <b>288</b> |
|  | <b>37.- Procedimiento para Hoja del Departamento de Infectología para las Muestras que se entregan en Citología</b> |  | DE: <b>341</b>   |



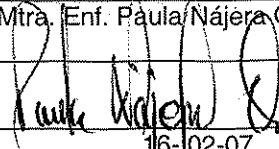
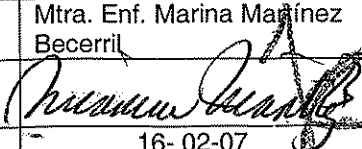
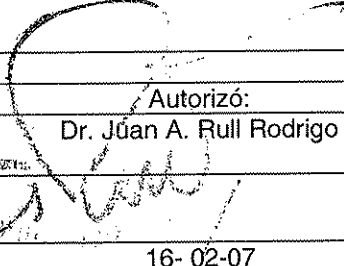
**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICION**  
**SALVADOR ZUBIRAN**  
**DIRECCIÓN DE CIRUGÍA**  
**REGISTRO DE INFECTOLOGIA**

FECHA \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ SALA \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_  
 NO. REGISTRO \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ CAMA \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_  
 PIEZA QUIRÚRGICA \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_  
 CULTIVO DE \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_  
 MEDICO RESPONSABLE \_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_  
 ENFERMERA CIRCULANTE \_\_\_\_\_ 9 \_\_\_\_\_  
 RECIBE INFECTOLOGIA \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_ 11 \_\_\_\_\_  
 ENTREGA CIRUGÍA \_\_\_\_\_ 12 \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_ 13 \_\_\_\_\_

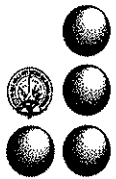
| CONTROL DE EMISION |                               |                                     |                          |
|--------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|                    | Elaboró:                      | Revisó:                             | Autorizó:                |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril | Dr. Juan A. Rull Rodrigo |
| Firma:             |                               |                                     |                          |
| Fecha:             | 16-02-07                      | 16-02-07                            | 16-02-07                 |

|   |   |   |                  |
|---|---|---|------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:             |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA: <b>289</b> |
|   | <b>38.- Procedimiento para Hoja de Control de Procedimientos de Aféresis, Aplicaciones de Recolección</b> |   | DE: <b>341</b>   |

**38.- PROCEDIMIENTO PARA HOJA DE CONTROL DE PROCEDIMIENTOS DE AFÉRESIS, APLICACIONES DE RECOLECCIÓN.**

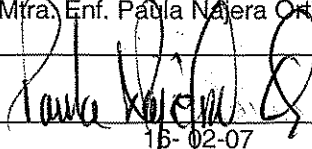
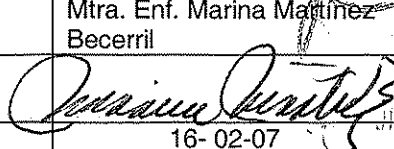
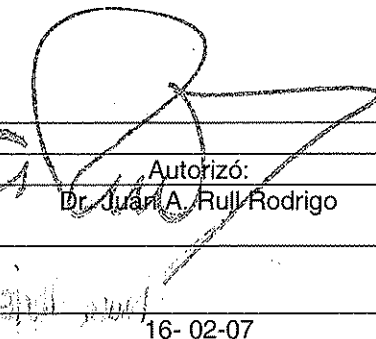
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

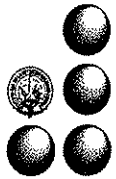


|   |   |   |           |
|---|---|---|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:      |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA: 290 |
|   | <b>38.- Procedimiento para Hoja de Control de Procedimientos de Aféresis, Aplicaciones de Recolección</b> |   | DE: 341   |

**OBJETIVO**

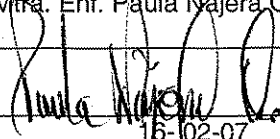
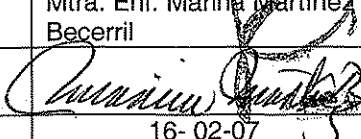
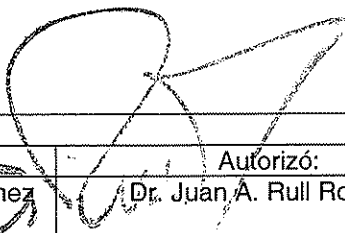
- 1.- Todo donador deberá leer el cuestionario de auto exclusión, para saber si cubre los requisitos necesarios que le permitan donar sangre.
- 2.- Iniciar el formato de concentración de datos a todo donador.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |                  |
|---|---|---|------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:             |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA: <b>291</b> |
|   | <b>38.- Procedimiento para Hoja de Control de Procedimientos de Aféresis, Aplicaciones de Recolección</b> |   | DE: <b>341</b>   |

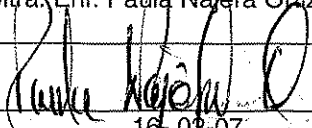
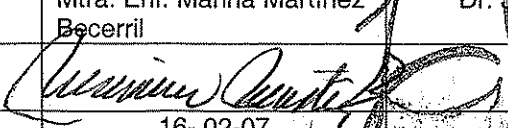
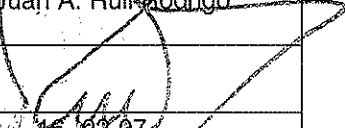
**POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN**

- 1.- Todo donador deberá leer el cuestionario de auto exclusión, para saber si cubre los requisitos necesarios que le permitan donar sangre.
- 2.- Iniciar el formato de concentración de datos a todo donador.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |           |
|---|---|---|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:      |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA: 292 |
|   | <b>38.- Procedimiento para Hoja de Control de Procedimientos de Aféresis, Aplicaciones de Recolección</b> |   | DE: 341   |

| UNIDAD O PERSONAS QUE INTERVIENEN   | NÚMERO DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD  |
|-------------------------------------|---------------------|--|
| Donador                             | 1                   | En recepción solicita cuestionario de autoexclusión.   |
| Secretaria                          | 2                   | Realiza interrogatorio de datos generales y lo registra en la solicitud de donación.   |
| Enfermera de Medicina Transfusional | 3                   | Toma muestras para biometría hemática, compatibilidad de grupos sanguíneos y R.H.  |
| Medico de Medicina Transfusional    | 4                   | Realiza historia clínica.  |
| Enfermera de Medicina Transfusional | 5                   | Registra los datos generales del donador y del receptor en la hoja de control de procedimientos, realiza el procedimiento, llevando un control y observación de los datos adversos que se puedan presentar |
|                                     | 6                   | Registrará los datos del procedimiento en el formato de acuerdo al equipo que vaya a utilizar (COBE Spectra, Equipo AMICUS, COBE Trima y C S- 3000)<br><br><b>FIN DEL PROCEDIMIENTO</b>                    |

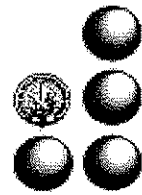
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull-Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

Subdirección de Enfermería

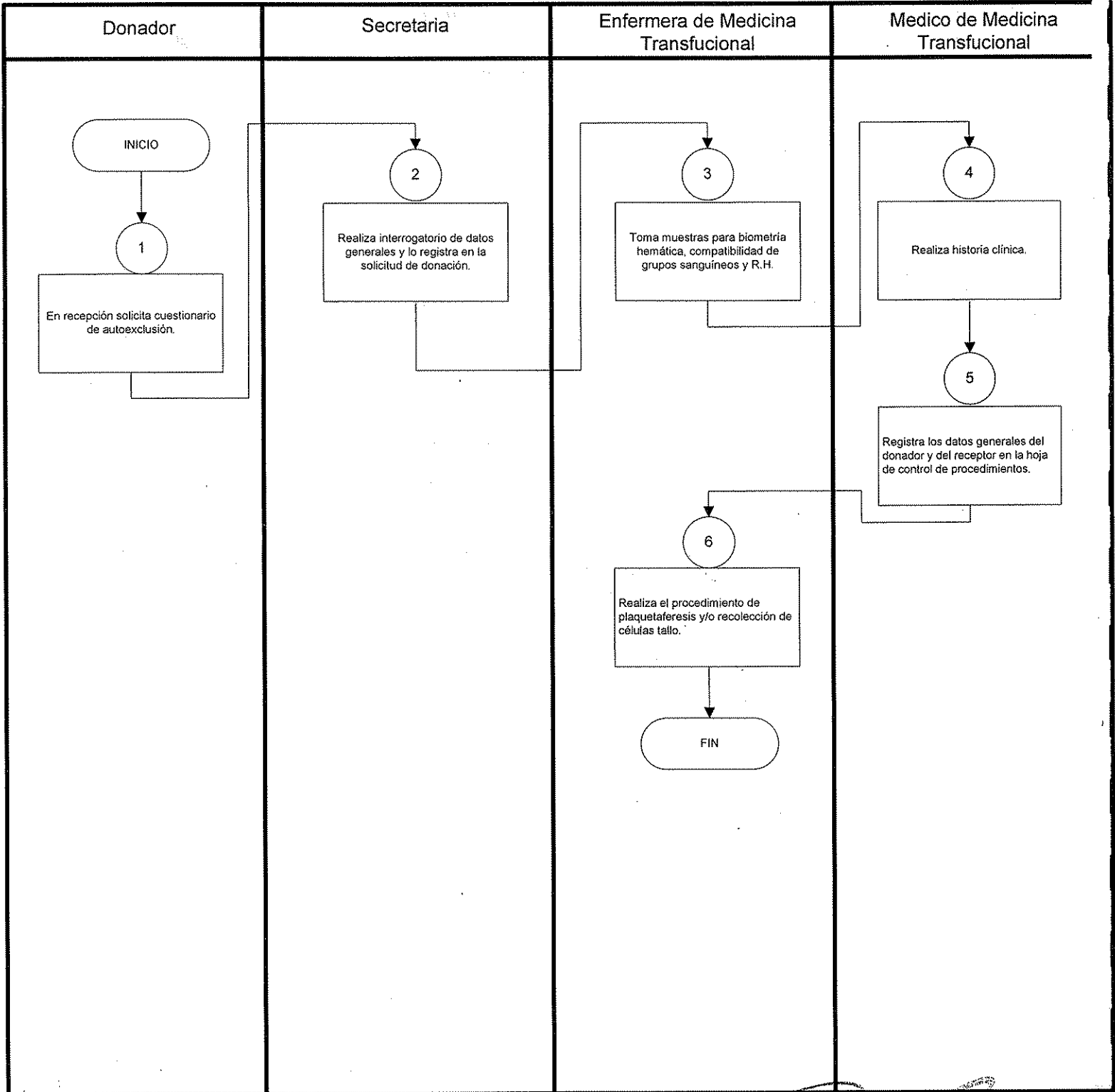
38.- Procedimiento para Hoja de Control de Procedimientos de Aféresis, Aplicaciones de Recolección



REV:

HOJA: 293

DE: 341



CONTROL DE EMISION

|         | Elaboró:                      | Revisó:                             | Autorizó:                   |
|---------|-------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| Nombre: | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril | Dr. Juan A. Rull Rodrigo    |
| Firma:  | <i>Paula Nájera Ortiz</i>     | <i>Marina Martínez Becerril</i>     | <i>Juan A. Rull Rodrigo</i> |
| Fecha:  | 16-02-07                      | 16-02-07                            | 16-02-07                    |

|   |   |   |                  |
|---|---|---|------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:             |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA: <b>294</b> |
|   | <b>38.- Procedimiento para Hoja de Control de Procedimientos de Aféresis, Aplicaciones de Recolección</b> |   | DE: <b>341</b>   |

**FORMATO E INSTRUCTIVOS.**

**FORMATO: PARA HOJA DE CONTROL DE PROCEDIMIENTOS DE AFÉRESIS Y/O RECOLECCIÓN DE CÉLULAS TALLO. (EQUIPO: AMICUS)**

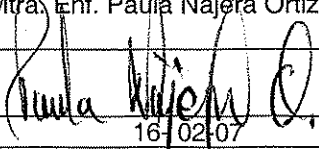
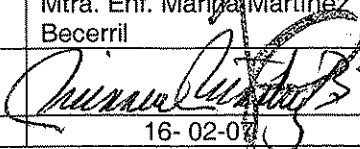
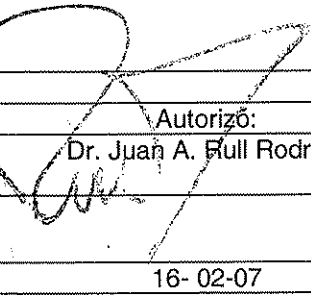
| No. | CONCEPTO  | SE ANOTARÁ  |
|-----|---|---|
| 1   | Número de aféresis  | Número de procedimiento que se le realiza al paciente   |
| 2   | Fecha   | Fecha del procedimiento   |
| 3   | Procedimiento   | Nombre del procedimiento que se realiza al donador o el paciente  |
| 4   | Datos del Receptor<br>Nombre, cama, diagnóstico, sexo, y grupo sanguíneo  | Nombre completo del paciente, número de cama asignado, número de expediente clínico, diagnóstico de base y grupo sanguíneo.   |
| 5   | Datos del Donador<br>Nombre, edad, parentesco, sexo, grupo sanguíneo y peso   | Nombre completo, edad en años cumplidos, parentesco que tiene con el paciente, grupo sanguíneo, peso, no. de procedimientos realizados.   |
| 6   | Datos del procedimiento<br>Enfermera responsable, Hora de inicio, hora de terminación, duración   | Hora en que inicia el procedimiento, nombre completo de la enfermera que realiza el procedimiento, llevando la vigilancia estrecha del donador, registrar la hora en que termina el procedimiento, duración del procedimiento, velocidad de la sangre procesada y plasma, volumen de la sangre y plasma, gotas de anticoagulante (ACD) y signos vitales cada 15 minutos así como observaciones (reacciones adversas). |
| 7   | Parámetros<br>Anticoagulante usado, sangre procesada, plasma como subproducto, anticoagulante producto del plasma, líquido de almacenamiento, solución salina. Duración de la recolección, sangre extraída, envase de almacenamiento, peso de la bolsa. | Se utiliza solo la que se requiere durante el procedimiento.  |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Bull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |                  |
|---|---|---|------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:             |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA: <b>295</b> |
|   | <b>38.- Procedimiento para Hoja de Control de Procedimientos de Aféresis, Aplicaciones de Recolección</b> |   | DE: <b>341</b>   |

|    |                                |   |
|----|--------------------------------|---|
| 8  | Resultados                     | Del volumen de cosecha en milímetros captados del total de leucocitos.  |
| 9  | Datos de la biometría hemática | De plaquetas, leucocitos, hemoglobina, hematocrito y otros. Muestra pre y post procedimientos así como resultados de la muestra de la cosecha y cantidad de plaquetas obtenidas en total. |
| 10 | Observaciones                  | Si hubo alguna reacción adversa y como fue el resultado de la cosecha.  |

NOTA: Dependiendo del Separador Celular a utilizar se procederá a llevar un control, de la sangre procesada, tomando en cuenta el tiempo transcurrido, vigilancia al paciente o donador etc.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Mariana Martínez Becerril   | Dr. Juan A. Full Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|       |     |
|-------|-----|
| REV:  |     |
| HOJA: | 296 |
| DE:   | 341 |

Hoja de Control de Procedimientos de Aféresis

Número de Aféresis : 1

Fecha : 2

EQUIPO : AMICUS

Procedimiento : 3

I. Datos del Receptor : 4

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

Cama : \_\_\_\_\_

Diagnóstico : \_\_\_\_\_

Sexo : M F

Grupo Sanguíneo : \_\_\_\_\_

II. Datos del Donador : 5

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

Edad : \_\_\_\_\_

Parentesco : \_\_\_\_\_

Sexo : M F

Grupo Sanguíneo : \_\_\_\_\_

Peso : \_\_\_\_\_

III. Datos del Procedimiento : 6

Responsable : \_\_\_\_\_

Hora de Inicio : \_\_\_\_\_

Hora de Terminación : \_\_\_\_\_

Duración : \_\_\_\_\_

| 7 | PARAMETROS                    | AMICUS | REALES |
|---|-------------------------------|--------|--------|
|   | ACD Usado                     |        |        |
|   | Sangre Procesada              |        |        |
|   | Plasma como Subproducto       |        |        |
|   | ACD Producto de Plasma        |        |        |
|   | Líquido de Almacenamiento     |        |        |
|   | ACD Líquido de Almacenamiento |        |        |
|   | Salino Usada                  |        |        |
|   | Duración de la Recolección    |        |        |
|   | Sangre Extraída               |        |        |
|   | Envases de Almacenamiento     |        |        |
|   | Peso de la Bolsa              |        |        |

9

| 8 | Resultados  | BH Preprocedimiento | BH Postprocedimiento | Cosecha |
|---|-------------|---------------------|----------------------|---------|
|   | Plaquetas   |                     |                      |         |
|   | Leucocitos  |                     |                      |         |
|   | Hematocrito |                     |                      |         |
|   | Hemoglobina |                     |                      |         |

10 Observaciones : \_\_\_\_\_

|  |   |  |                  |
|--|---|--|------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:             |
|  | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |  | HOJA: <b>297</b> |
|  | <b>38.- Procedimiento para Hoja de Control de Procedimientos de Aféresis, Aplicaciones de Recolección</b> |  | DE: <b>341</b>   |

**FORMATO E INSTRUCTIVOS.**

**FORMATO: PARA HOJA DE CONTROL DE PROCEDIMIENTOS DE AFÉRESIS Y/O RECOLECCIÓN DE CÉLULAS TALLO. (C S- 3000)**

| No. | CONCEPTO  | SE ANOTARÁ  |
|-----|---|---|
| 1   | Procedimiento   | Nombre del procedimiento que se realiza al donador o el paciente  |
| 2   | Fecha   | Fecha del procedimiento   |
| 3   | Datos del Donador<br>Nombre, edad, grupo sanguíneo, peso, kilogramos, estatura y parentesco       | Nombre completo, edad en años cumplidos, parentesco que tiene con el paciente, grupo sanguíneo, peso, no. de procedimientos realizados.   |
| 4   | Datos del Receptor<br>Nombre, registro, cama, grupo sanguíneo y diagnóstico                       | Nombre completo del paciente, número de cama asignado, número de expediente clínico, diagnóstico de base y grupo sanguíneo.   |
| 5   | Datos del procedimiento<br>Hora de inicio, hora de terminación, duración<br>Enfermera responsable | Hora en que inicia el procedimiento, nombre completo de la enfermera que realiza el procedimiento, llevando la vigilancia estrecha del donador  |
| 6   | Tiempo  | Registrar la hora en que termina el procedimiento, duración del procedimiento, velocidad de la sangre procesada y plasma, volumen de la sangre y plasma, gotas de anticoagulante (ACD) y signos vitales cada 15 minutos así como observaciones (reacciones adversas). |
| 7   | Volumen procesado de la sangre, anticoagulante y solución salina                                  | Que cantidad de sangre se proceso, anticoagulante que se utilizo, para el procedimiento y cantidad de solución salina que se utilizo  |
| 8   | Resultados  | Registra los resultados del volumen de cosecha en milímetros captados del total de leucocitos   |
| 9   | Datos de la biometría hemática  | De plaquetas, leucocitos, hemoglobina, hematocrito y otros. Muestra pre y post procedimientos así como resultados de la muestra de la cosecha y cantidad de plaquetas obtenidas   |

| CONTROL DE EMISIÓN |                               |                                     |                          |
|--------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
|                    | Elaboró:                      | Revisó:                             | Autorizó:                |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril | Dr. Juan A. Rull Rodrigo |
| Firma:             |                               |                                     |                          |
| Fecha:             | 16-02-07                      | 16-02-07                            | 16-02-07                 |



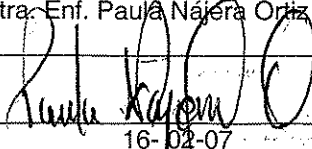
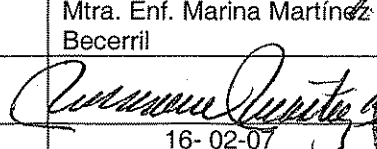
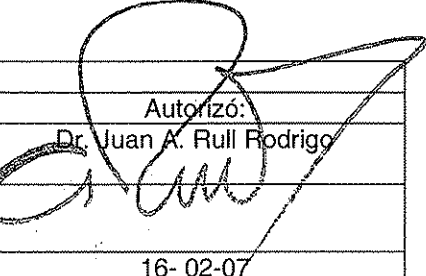
|   |   |   |           |
|---|---|---|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:      |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA: 298 |
|   | <b>38.- Procedimiento para Hoja de Control de Procedimientos de Aféresis, Aplicaciones de Recolección</b> |   | DE: 341   |

en total.

10

Observaciones

Si hubo alguna reacción adversa y como fue el resultado de la cosecha.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

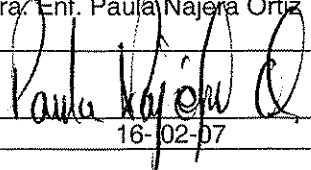
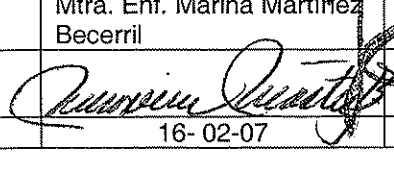
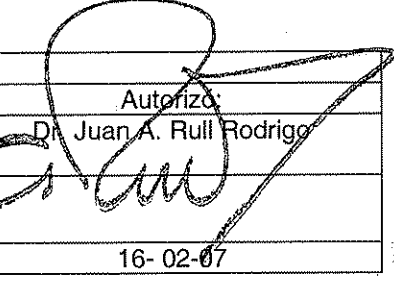


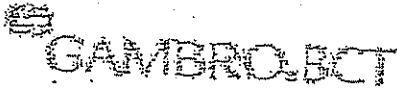
|   |   |   |                  |
|---|---|---|------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:             |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA: <b>300</b> |
|   | <b>38.- Procedimiento para Hoja de Control de Procedimientos de Aféresis, Aplicaciones de Recolección</b> |   | DE: <b>341</b>   |

**FORMATO E INSTRUCTIVOS**

**FORMATO: PARA HOJA DE CONTROL DE PROCEDIMIENTOS DE AFÉRESIS Y/O RECOLECCIÓN DE CELULAS TALLO. (COBE Trima)**

| No. | CONCEPTO   | SE ANOTARÁ  |
|-----|--|---|
| 1   | Fecha  | Fecha del procedimiento   |
| 2   | Datos del Donante<br>Nombre, estatura, peso, sexo<br>edad, grupo sanguíneo,<br>hematocrito, plaquetas y<br>volemia | Nombre completo, edad en años cumplidos,<br>parentesco que tiene con el paciente, grupo<br>sanguíneo, peso, niveles de hematocrito  |
| 3   | Tipo de Donación: Altruista y/o<br>familiar  | Se registra el nombre del paciente, diagnóstico,<br>hospital de donde viene, cama, se registran signos<br>vitales (T/A, FC, y Temperatura)  |
| 4   | Registro de medicamentos:<br>(anticoagulante, solución<br>salina, otros)   | Anticoagulante elegido anotando su N° de código,<br>fabricante, N° de lote, fecha de vencimiento  |
| 5   | Información del procedimiento  | Valores iniciales del rendimiento de plaquetas,<br>plasma, sangre, todo en mililitros registrando el<br>tiempo de la recolección, hora de inicio y hora final                           |
| 6   | Valores finales  | Tiempo del proceso, anticoagulante utilizado e<br>infundido, resultados de los niveles de las<br>plaquetas, hematocrito, volumen procesado y su<br>rendimiento registrado en mililitros |
| 7   | Notas  | Descripción de los eventos y/o alarmas que se<br>presentaron durante el procedimiento, si presento<br>reacción al anticoagulante, etc.  |
| 8   | Realizo  | Nombre de la enfermera que realizo el<br>procedimiento, registrando las observaciones que<br>se presentaron.  |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autofizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



|       |     |
|-------|-----|
| REV:  | -   |
| HOJA: | 301 |
| DE:   | 341 |

COBE Trima  
Sistema de Recolección de Hemocomponentes  
Hoja de Procedimiento de afeasis

Fecha 1 \_\_\_\_\_

Donante: \_\_\_\_\_

Donante ID# \_\_\_\_\_

Estatura \_\_\_\_\_ cm Gpo. Sanguíneo \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_ Kg Hematocrito \_\_\_\_\_ %

Sexo \_\_\_\_\_ Plaquetas \_\_\_\_\_ / $\mu$ L

Edad \_\_\_\_\_ años Volemia \_\_\_\_\_ mL

3 Tipo de donación:  Altruista  Familiar

Paciente: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_

Cama: \_\_\_\_\_

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
|       | Pre   | Post  |
| T/A   | _____ | _____ |
| FC    | _____ | _____ |
| Temp. | _____ | _____ |

|                  | No. de Código | Fabricante | Lote# | Vencimiento |
|------------------|---------------|------------|-------|-------------|
| Descartable      |               |            |       |             |
| 4 Anticoagulante |               |            |       |             |
| Solución Salina  |               |            |       |             |
| Otros            |               |            |       |             |

5 INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

|                   | Rend de Plt<br>e11 | Plaquetas<br>(mL) | Plasma<br>(mL) | RBC Volumen<br>(mL) | Tiempo<br>(min) |
|-------------------|--------------------|-------------------|----------------|---------------------|-----------------|
| Valores Iniciales |                    |                   |                |                     |                 |

Hora de inicio: \_\_\_\_\_ Hora final: \_\_\_\_\_


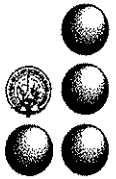
6 VALORES FINALES

|                    |                 |                           |                        |
|--------------------|-----------------|---------------------------|------------------------|
| Tiempo de Proceso  | _____ min       | Rendimiento               | _____ $\times 10^{11}$ |
| Ac Total utilizado | _____ mL        | Volumen plaquetas         | _____ mL               |
| Ac real infundido  | _____ mL        | Ac en plaquetas           | _____ mL               |
| Plaquetas post     | _____ / $\mu$ L | Volumen de plasma         | _____ mL               |
| Hematocrito post   | _____ %         | Ac en plasma              | _____ mL               |
| Volumen procesado  | _____ mL        | Vol conc. eritrocitario   | _____ mL               |
|                    |                 | Ac en conc. eritrocitario | _____ mL               |

7 Notas:

| Alarmas                  | Descripción de la alarma |
|--------------------------|--------------------------|
|                          |                          |
|                          |                          |
| Reacciones en el donante | LRS      Agregación      |
|                          |                          |

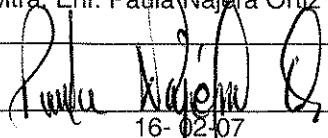
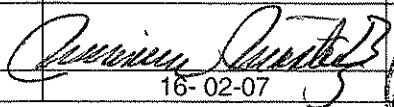
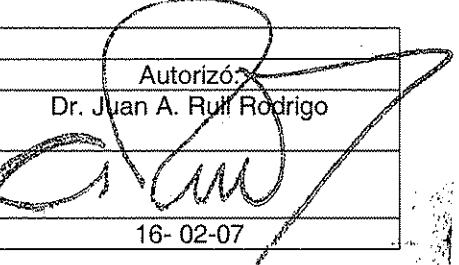
8 Realizó: \_\_\_\_\_

|   |   |   |                  |
|---|---|---|------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>   |  | REV:             |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA: <b>302</b> |
|   | <b>38.- Procedimiento para Hoja de Control de Procedimientos de Aféresis, Aplicaciones de Recolección</b> |   | DE: <b>341</b>   |

**FORMATO E INSTRUCTIVOS**

**FORMATO: PARA HOJA DE CONTROL DE PROCEDIMIENTOS DE AFÉRESIS Y/O RECOLECCIÓN DE CELULAS TALLO. (COBE Spectra)**

| No. | CONCEPTO   | SE ANOTARÁ   |
|-----|--|--|
| 1   | Fecha  | Fecha del procedimiento  |
| 2   | Datos del Donante  | Nombre completo, peso, estatura, sexo, edad en años cumplidos, grupo sanguíneo, hospital y cama  |
| 3   | Tipo de Donación: Altruista y/o autóloga                           | Se registra diagnóstico, hospital de donde viene, cama, resultados de laboratorio, se registran signos vitales pre y post procedimiento (T/A, FC, y Temperatura)               |
| 4   | Registro de medicamentos: (anticoagulante, solución salina, otros) | Anticoagulante elegido anotando su N° de código, fabricante, N° de lote, fecha de vencimiento  |
| 5   | Sitio de acceso  | Sí fue por catéter central y/o periférico, anotando la hora de inicio.   |
| 6   | Información del procedimiento                                      | Valores iniciales del rendimiento de plaquetas, plasma, sangre, todo en mililitros registrando el tiempo de la recolección, hora de inicio y hora final                        |
| 7   | Valores finales  | Tiempo del proceso, anticoagulante utilizado e infundido, resultados de los niveles de las plaquetas, hematocrito, volumen procesado y su rendimiento registrado en mililitros |
| 8   | Resultados Prostaferesis   | Resultados de laboratorio de los valores de plaquetas, hematocrito, hemoglobina, leucocitos, linfocitos y monocitos  |
| 9   | Realizo  | Nombre de la enfermera que realizo el procedimiento, registrando las observaciones que se presentaron.   |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



**COBE Spectra  
Procesador Celular**

|       |            |
|-------|------------|
| REV:  |            |
| HOJA: | <b>303</b> |
| DE:   | <b>341</b> |

**Hoja de Procedimientos para obtención de Células Progenitoras**

Fecha: 1  
 Donante/paciente: 2  
 Tipo de donación: Altruista      Autóloga  
 Diagnóstico: 3  
 Hospital: \_\_\_\_\_  
 Cama: \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_ kg  
 Estatura \_\_\_\_\_ cm  
 Sexo \_\_\_\_\_  
 Edad \_\_\_\_\_ años  
 Gpo. sanguíneo: \_\_\_\_\_

Hematocrito \_\_\_\_\_ %  
 Hemoglobina \_\_\_\_\_ g/L  
 Leucocitos \_\_\_\_\_ mL  
 Linfocitos \_\_\_\_\_ %  
 Monocitos \_\_\_\_\_ %  
 Volemia \_\_\_\_\_ mL

|       | Pre | Post |
|-------|-----|------|
| T/A   |     |      |
| FC    |     |      |
| Temp. |     |      |

|                 | Fabricante | Lote# | Vencimiento |
|-----------------|------------|-------|-------------|
| 4 Descartable   |            |       |             |
| Anticoagulante  |            |       |             |
| Solución Salina |            |       |             |
| Otros           |            |       |             |

5 Sitio de Acceso D/I: \_\_\_\_\_ Retorno D/I: \_\_\_\_\_ Hora de inicio: \_\_\_\_\_


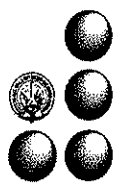
| 6 Tiempo (min) | Volumen (mL) |         |               |        | Velocidad de entrada mL/min | Proporción de AC |
|----------------|--------------|---------|---------------|--------|-----------------------------|------------------|
|                | AC           | Entrada | Mononucleares | Plasma |                             |                  |
|                |              |         |               |        |                             |                  |
|                |              |         |               |        |                             |                  |
|                |              |         |               |        |                             |                  |
|                |              |         |               |        |                             |                  |
|                |              |         |               |        |                             |                  |
|                |              |         |               |        |                             |                  |
|                |              |         |               |        |                             |                  |
|                |              |         |               |        |                             |                  |
|                |              |         |               |        |                             |                  |
|                |              |         |               |        |                             |                  |

**7 VALORES FINALES**

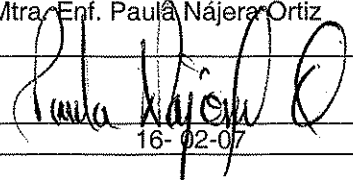
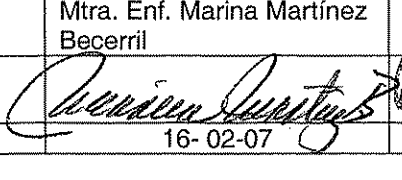
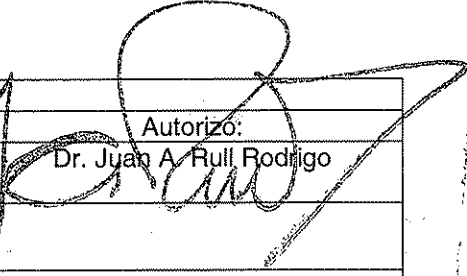
|                     |                          |                   |                |              |
|---------------------|--------------------------|-------------------|----------------|--------------|
| Tiempo total        | Volumen de mononucleares | Volumen de plasma |                |              |
| min                 | mL                       | mL                |                |              |
| Volumen final en mL |                          |                   |                |              |
| Vol. Procesado      | Ac total                 | Ac infundido      | Ac en producto | Ac en plasma |
|                     |                          |                   |                |              |

Hora final: \_\_\_\_\_  
 8 RESULTADOS POSTAFERESIS  
 Plaquetas \_\_\_\_\_ / $\mu$ L  
 Hematocrito \_\_\_\_\_ %  
 Hemoglobina \_\_\_\_\_ g/L  
 Leucocitos \_\_\_\_\_ / $\mu$ L  
 Linfocitos \_\_\_\_\_ %  
 Monocitos \_\_\_\_\_ %

9 Realizó: \_\_\_\_\_

|   |   |   |                  |
|---|---|---|------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>                                   |  | REV:             |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA: <b>304</b> |
|   | <b>39.- Procedimiento para Hoja de Control de Recambio<br/>Plasmático Terapéutico</b> |   | DE: <b>341</b>   |

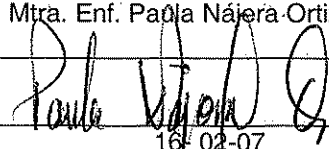
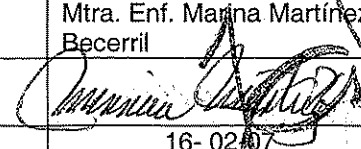
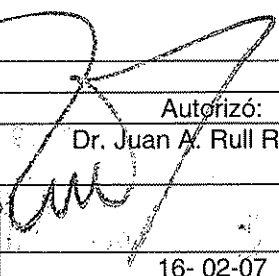
**39.- PROCEDIMIENTO PARA HOJA DE CONTROL DE RECAMBIO PLÁSMÁTICO TERAPÉUTICO**

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |


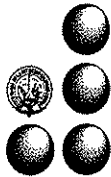
|   |   |   |                  |
|---|---|---|------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>                                   |  | REV:             |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA: <b>305</b> |
|   | <b>39.- Procedimiento para Hoja de Control de Recambio<br/>Plasmático Terapéutico</b> |   | DE: <b>341</b>   |

**OBJETIVO**

Contar con un instrumento administrativo para el registro y control del procedimiento durante el recambio plasmático terapéutico.

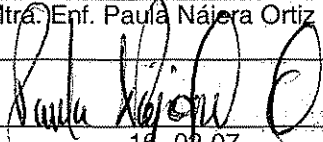
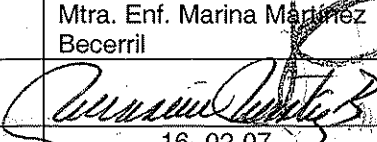
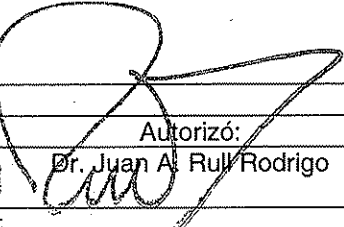
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paola Nájera-Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



|   |   |   |                  |
|---|---|---|------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                                   |  | REV:             |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA: <b>306</b> |
|   | <b>39.- Procedimiento para Hoja de Control de Recambio Plasmático Terapéutico</b> |   | DE: <b>341</b>   |

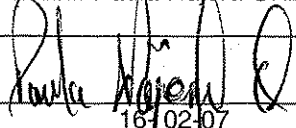
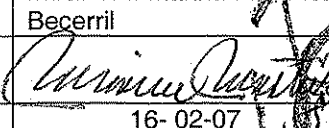
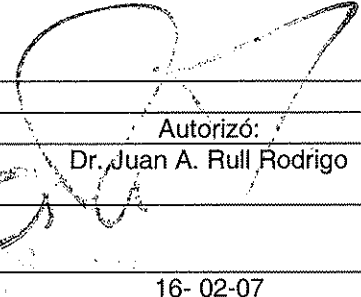
**POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN**

- 1.- A todo paciente que se le realice recambio plasmático debe ser valorado clínicamente por el médico del servicio de medicina transfusional.
- 2.- A todo paciente se le da seguimiento con el formato de control de recambio plasmático terapéutico.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan Al Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |                  |
|---|---|---|------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                                   |  | REV:             |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA: <b>307</b> |
|   | <b>39.- Procedimiento para Hoja de Control de Recambio Plasmático Terapéutico</b> |   | DE: <b>341</b>   |

| UNIDAD O PERSONAS QUE INTERVIENEN   | NÚMERO DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD   |
|-------------------------------------|---------------------|---|
| Paciente                            | 1                   | Ingres a hospitalización, urgencias, unidad de terapia intensiva.   |
| Médico de Medicina Transfusional    | 2                   | Valora clínicamente al paciente e indica el procedimiento   |
| Enfermera de Medicina Transfusional | 3                   | Inicia el procedimiento registrando en el formato de balance el recambio plasmático con los datos generales del paciente y/o donador. |
|                                     | 4                   | Realiza balance y archiva la hoja.<br><b>FIN DEL PROCEDIMIENTO.</b>   |

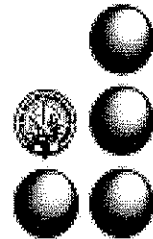
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

Subdirección de Enfermería

39.- Procedimiento para Hoja de Control de Recambio Plasmático Terapéutico



REV:

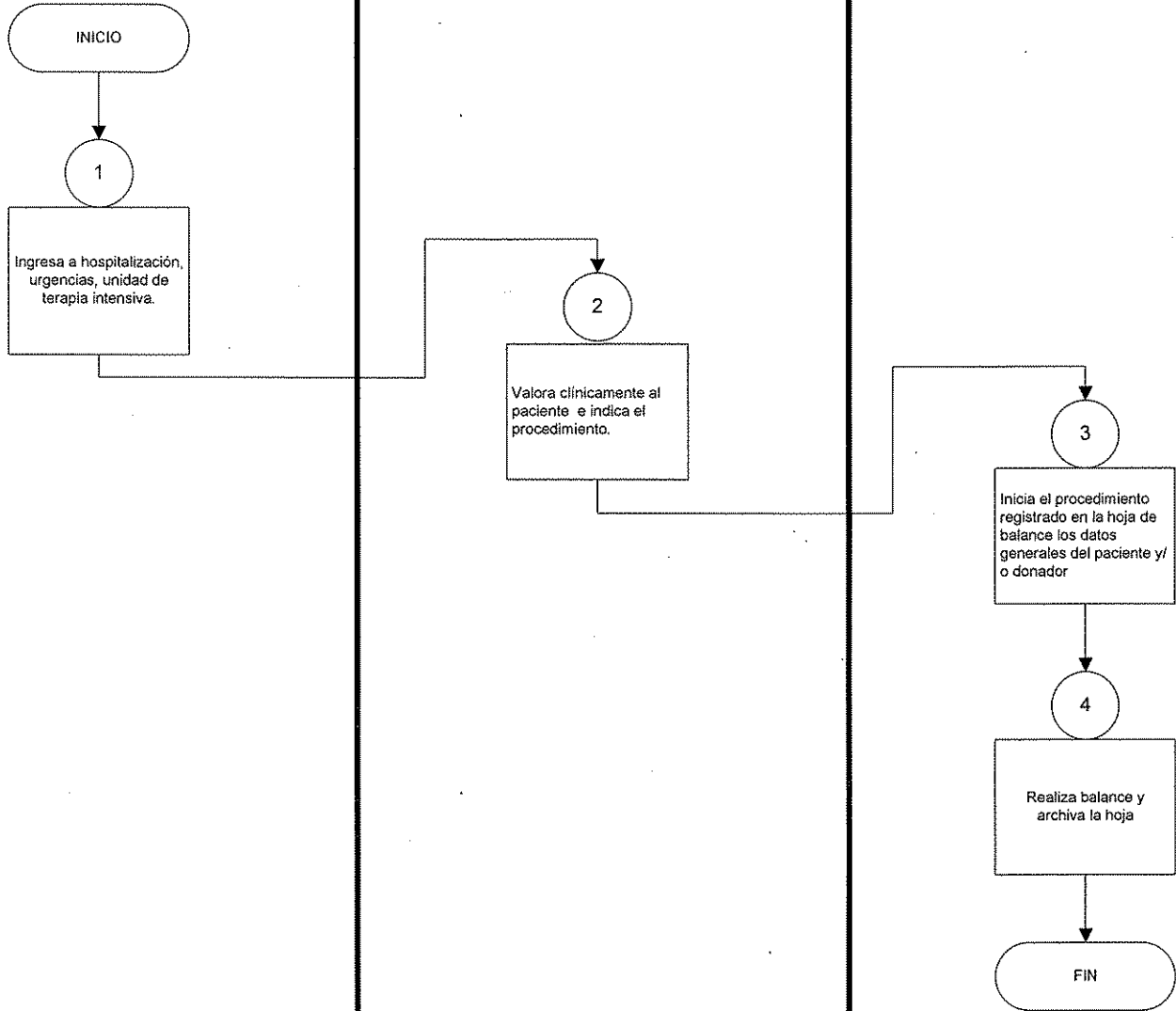
HOJA: 308

DE: 341

Paciente

Medico de Medicina Transfucional

Enfermera de Medicina Transfucional



### CONTROL DE EMISION

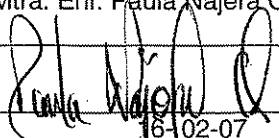
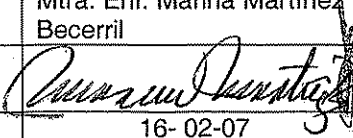
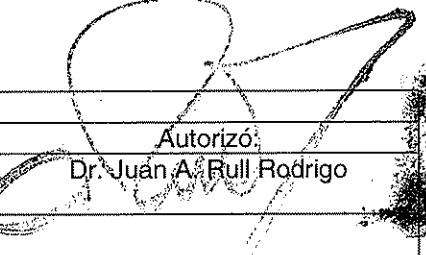
|         | Elaboró:                      | Revisó:                             | Autorizó:                  |
|---------|-------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|
| Nombre: | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril | Dr. Juan A. Ruiz Rodríguez |
| Firma:  |                               |                                     |                            |
| Fecha:  | 16-02-07                      | 16-02-07                            | 16-02-07                   |

|   |   |   |                  |
|---|---|---|------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                                   |  | REV:             |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>   |   | HOJA: <b>309</b> |
|   | <b>39.- Procedimiento para Hoja de Control de Recambio Plasmático Terapéutico</b> |   | DE: <b>341</b>   |

**FORMATO E INSTRUCTIVOS.**

**FORMATO: PARA HOJA DE BALANCE DE FLUIDOS EN EL RECAMBIO PLASMÁTICO TERAPÉUTICO**

| No. | CONCEPTO              | SE ANOTARÁ   |
|-----|-----------------------|--|
| 1   | Fecha                 | Día, mes y año que se terminó la hoja.   |
| 2   | Donador/Paciente      | Nombre completo del paciente y / o del donador.  |
| 3   | Diagnóstico           | El diagnóstico de base del paciente, el motivo de ingreso.   |
| 4   | Fuera, dentro balance | Calculo de volumen, signos vitales, soluciones utilizadas, plasma, albúmina, soluciones fisiológicas.<br>Se realizan cambios de plasma del paciente por plasma de donador realizando balance cada 15 minutos.<br>Cuando se trata de recolección de células tallo o plaquetas se calcula el volumen exacto de entrada por el volumen de salida, manteniendo el balance neutro para evitar descomposición. |
| 5   | Observaciones         | Si hubo alguna reacción adversa.   |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 6-02-07   | 16-02-07   | 16-02-07  |



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN  
BANCO DE SANGRE

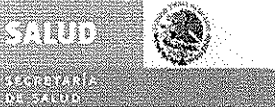
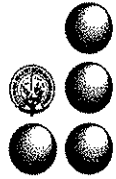
FECHA 1 \_\_\_\_\_ DONADOR / PACIENTE 2 \_\_\_\_\_ DIAGNOSTICO 3 \_\_\_\_\_

RECAMBIO PLASMÁTICO TERAPÉUTICO

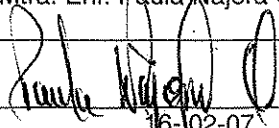
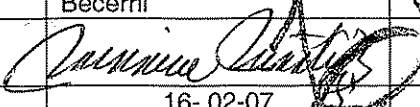
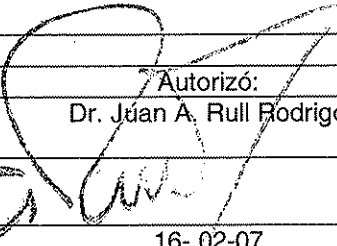
4


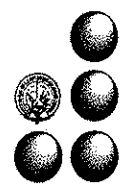
| NUMERO | HORA | PULSO | T.A. | A              |                         | B    |                  | C            |                                     | **    |         | FUERA |   |   | DENTRO BALANCE |   |  | OBSERVACIONES |  |  |
|--------|------|-------|------|----------------|-------------------------|------|------------------|--------------|-------------------------------------|-------|---------|-------|---|---|----------------|---|--|---------------|--|--|
|        |      |       |      | ACD UTILIZADOS | VOL. PLASMA EN LA BOLSA | * Xb | ACD EN EL PLASMA | .875 x (*+B) | VOL. TOTAL FUERA AL FINAL DEL CICLO | D - C | D1 + D2 | E     | F | G | H              | I |  |               |  |  |
|        |      |       |      |                |                         |      |                  |              |                                     |       |         |       |   |   |                |   |  |               |  |  |
| 1      |      |       |      |                |                         |      |                  |              |                                     |       |         |       |   |   |                |   |  |               |  |  |
| 2      |      |       |      |                |                         |      |                  |              |                                     |       |         |       |   |   |                |   |  |               |  |  |
| 3      |      |       |      |                |                         |      |                  |              |                                     |       |         |       |   |   |                |   |  |               |  |  |
| 4      |      |       |      |                |                         |      |                  |              |                                     |       |         |       |   |   |                |   |  |               |  |  |
| 5      |      |       |      |                |                         |      |                  |              |                                     |       |         |       |   |   |                |   |  |               |  |  |
| 6      |      |       |      |                |                         |      |                  |              |                                     |       |         |       |   |   |                |   |  |               |  |  |
| 7      |      |       |      |                |                         |      |                  |              |                                     |       |         |       |   |   |                |   |  |               |  |  |
| 8      |      |       |      |                |                         |      |                  |              |                                     |       |         |       |   |   |                |   |  |               |  |  |
| 9      |      |       |      |                |                         |      |                  |              |                                     |       |         |       |   |   |                |   |  |               |  |  |
| 10     |      |       |      |                |                         |      |                  |              |                                     |       |         |       |   |   |                |   |  |               |  |  |
| 11     |      |       |      |                |                         |      |                  |              |                                     |       |         |       |   |   |                |   |  |               |  |  |
| 12     |      |       |      |                |                         |      |                  |              |                                     |       |         |       |   |   |                |   |  |               |  |  |
| 13     |      |       |      |                |                         |      |                  |              |                                     |       |         |       |   |   |                |   |  |               |  |  |
| 14     |      |       |      |                |                         |      |                  |              |                                     |       |         |       |   |   |                |   |  |               |  |  |
| 15     |      |       |      |                |                         |      |                  |              |                                     |       |         |       |   |   |                |   |  |               |  |  |
| 16     |      |       |      |                |                         |      |                  |              |                                     |       |         |       |   |   |                |   |  |               |  |  |

5

|   |   |   |                  |
|---|---|---|------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b> |  | REV:             |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>               |   | HOJA: <b>311</b> |
|   | <b>40.- Procedimiento para Plaquetaféresis</b>  |   | DE: <b>341</b>   |

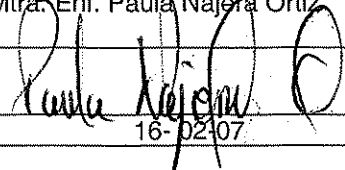
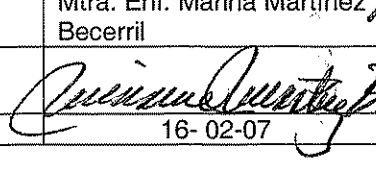
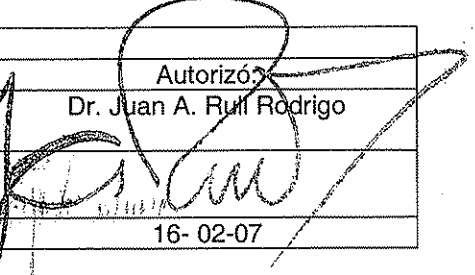
**40.- PROCEDIMIENTO PARA PLAQUETAFERESIS**


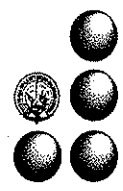
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerri   | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |                  |
|---|---|---|------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b> |  | REV:             |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                   |   | HOJA: <b>312</b> |
|   | <b>40.- Procedimiento para Plaquetaféresis</b>      |   | DE: <b>341</b>   |

**OBJETIVO**

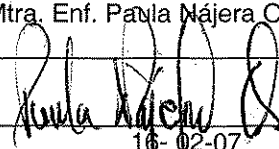
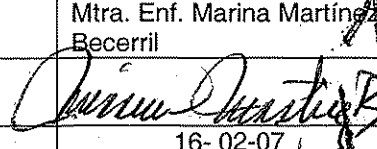
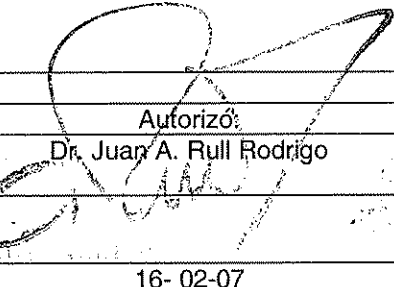
Contar con un instrumento administrativo para el registro y control del procedimiento plaquetaféresis de los pacientes que lo requieran.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Ruiz Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |


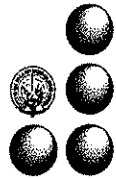
|   |   |   |                  |
|---|---|---|------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b> |  | REV:             |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>               |   | HOJA: <b>313</b> |
|   | <b>40.- Procedimiento para Plaquetaféresis</b>  |   | DE: <b>341</b>   |

**POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN**

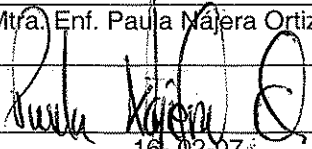
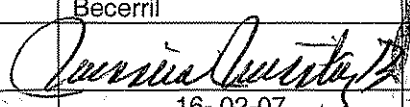
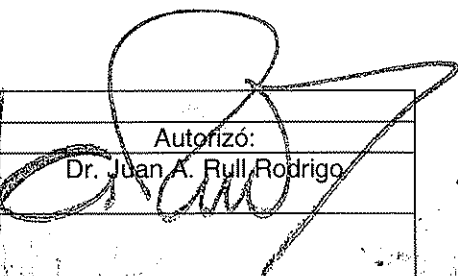
- 1.- A todo paciente que se le realice plaquetaféresis deberá ser valorado clínicamente por el médico de medicina transfusional.
- 2.- A todo paciente y/o donador que se le realice este procedimiento se inicia el formato que corresponde.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



|   |   |   |                  |
|---|---|---|------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b> |  | REV:             |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                   |   | HOJA: <b>314</b> |
|   | <b>40.- Procedimiento para Plaquetaféresis</b>      |   | DE: <b>341</b>   |

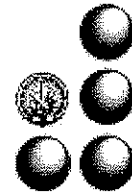
| UNIDAD O PERSONAS QUE INTERVIENEN   | NÚMERO DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD   |
|-------------------------------------|---------------------|---|
| Paciente                            | 1                   | Ingresa a hospitalización, urgencias, unidad de terapia intensiva.  |
| Medico de Medicina Transfusional    | 2                   | Valora Clínicamente al paciente e indica el procedimiento y/o transfusión, solicita a los familiares asistir a medicina transfusional a donar el hemoderivado que requiere su paciente. |
| Donador                             | 3                   | Solicita ficha en donadores.  |
| Secretaria                          | 4                   | Entrega cuestionario de autoexclusión, realiza interrogatorio de datos generales y los registra en la solicitud de donadores.   |
| Enfermera de Medicina Transfusional | 5                   | Toma muestra para biometría hemática, compatibilidad de grupos sanguíneos y R. H. y serología.  |
| Medico de Medicina Transfusional    | 6                   | Realiza historia clínica.   |
| Enfermera de Medicina Transfusional | 7                   | Realiza el procedimiento de plaquetaféresis y archiva la hoja.<br><br><b>FIN DEL PROCEDIMIENTO.</b>   |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodríguez  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

Subdirección de Enfermería

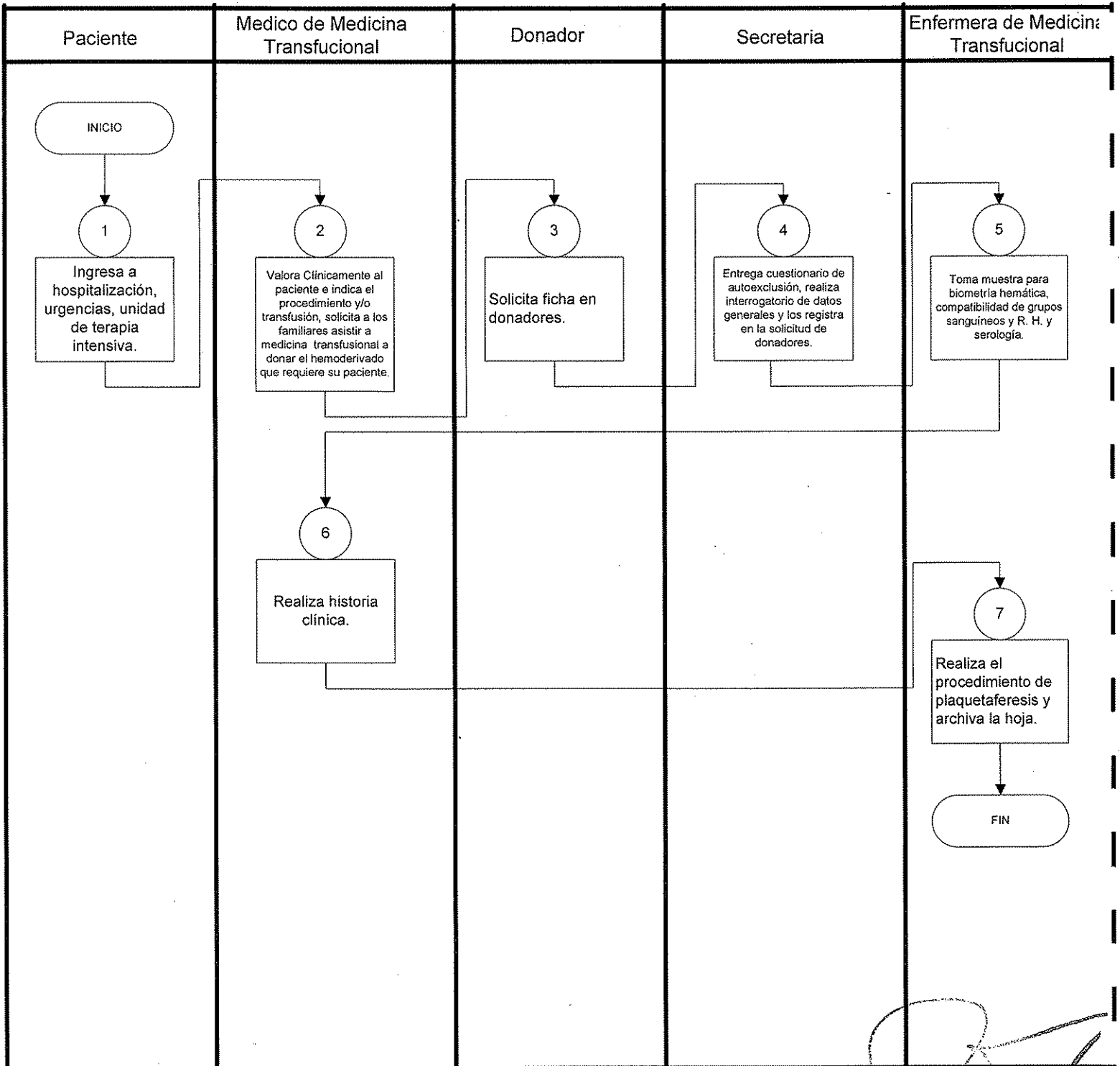
40.- Procedimiento para Plaquetaferesis



REV:

HOJA: 315

DE: 341



CONTROL DE EMISION

Elaboró:

Revisó:

Autorizó:

Nombre:

Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz

Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril

Dr. Juan A. Rull/Rodrigo

Firma:

*Paula Najera Ortiz*

*Marina Martínez Becerril*


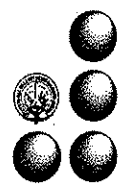
*Juan A. Rull/Rodrigo*

Fecha:

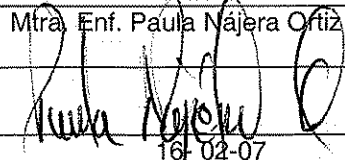
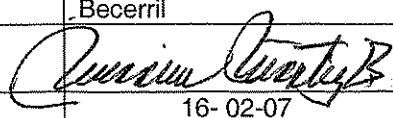
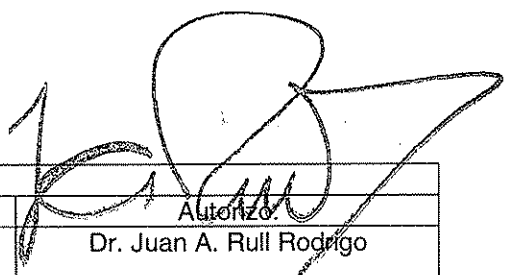
16-02-07


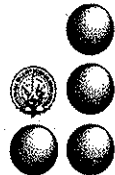
16-02-07

16-02-07

|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>    |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                      |   | HOJA:318 |
|   | <b>41.- Procedimiento para Ficha de Reporte Grupal</b> |   | DE: 341  |

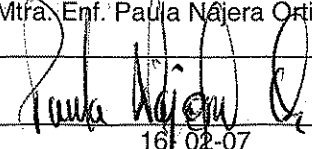
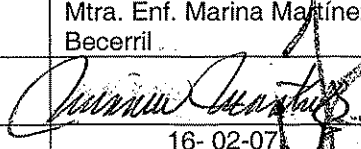
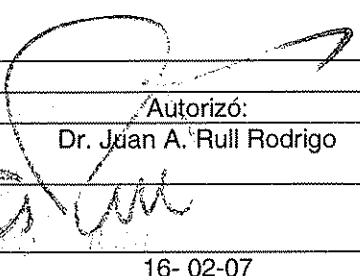
**41.- PROCEDIMIENTO PARA FICHA DE REPORTE GRUPAL**


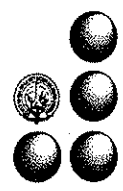
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerri   | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |          |
|---|--|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>        |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                      |   | HOJA:319 |
|   | <b>41.- Procedimiento para Ficha de Reporte Grupal</b> |   | DE: 341  |

**OBJETIVO**

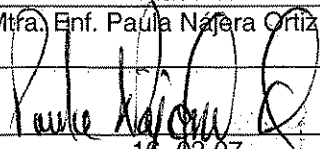
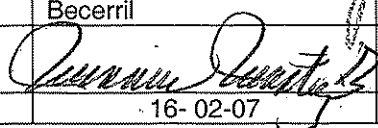
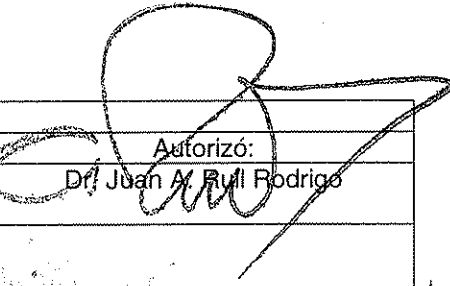
Contar con un instrumento administrativo para el registro y control de las sesiones de grupo coordinadas por las psicólogas.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |           |
|---|--|---|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>    |  | REV:      |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                      |   | HOJA: 320 |
|   | <b>41.- Procedimiento para Ficha de Reporte Grupal</b> |   | DE: 341   |

**POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN**

- 1.- Se llenará ficha de reporte grupal por cada sesión realizada.
- 2.- llevarán un seguimiento de las sesiones realizadas por grupos.

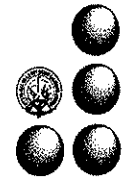
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodríguez  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

**Subdirección de Enfermería**

**41.- Procedimiento para Ficha de Reporte Grupal**



REV:

HOJA: 321

DE: 341

| UNIDAD O PERSONAS QUE INTERVIENEN | NÚMERO DE ACTIVIDAD | DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD  |
|-----------------------------------|---------------------|--|
| Subdirectora de Enfermería        | 1                   | Convoca a las Jefas de servicio de las diferentes áreas a reuniones para detectar conflictos que requieran de una intervención de tipo psicológica.              |
| Jefas de Servicio                 | 2                   | Informan a la Subdirectora de Enfermería sobre los conflictos detectados en su a áreas.  |
| Jefa del grupo (Psicólogas)       | 3                   | Concreta una cita con la Jefa del servicio donde existe algún conflicto.   |
|                                   | 4                   | Revisan la disposición de tiempos de acuerdo a las cargas de trabajo.  |
|                                   | 5                   | Solicita a la Coordinadora de Enseñanza, las aulas para llevar a cabo la intervención grupal.  |
|                                   | 6                   | Le informan sobre los horarios, número de asistentes, material a utilizar y fecha de inicio.   |
| Coordinadora de Enseñanza         | 7                   | Prepara lo que le solicitó la psicóloga y horarios.  |
|                                   | 8                   | Inician las sesiones indicando el funcionamiento interno durante el desarrollo, explicando temas de trabajo y confidencialidad.<br><b>FIN DEL PROCEDIMIENTO.</b> |

### CONTROL DE EMISIÓN

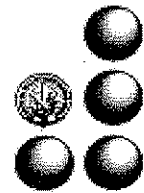
|         | Elaboró:                      | Revisó:                             | Autorizó:                |
|---------|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Nombre: | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril | Dr. Juan A. Rull Rodrigo |
| Firma:  |                               |                                     |                          |
| Fecha:  | 16-02-07                      | 16-02-07                            | 16-02-07                 |



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

Subdirección de Enfermería

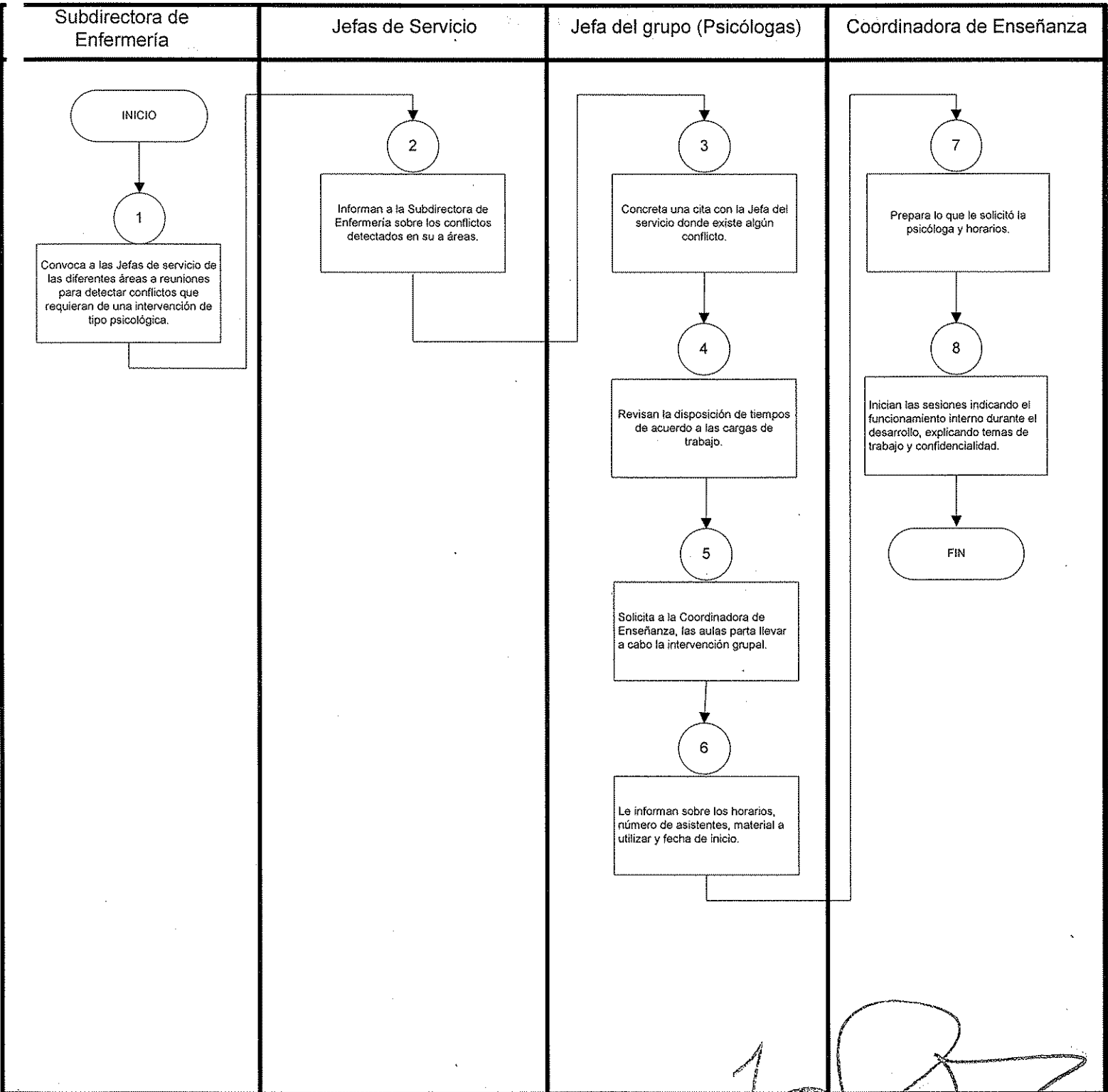
41.- Procedimiento para Ficha de Reporte Grupal



REV:


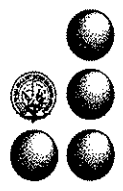
HOJA: 322

DE: 341



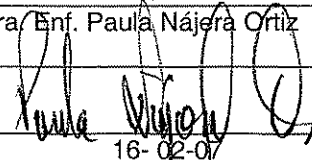
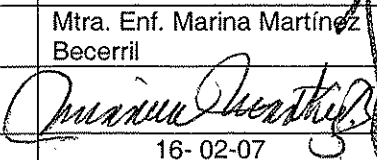
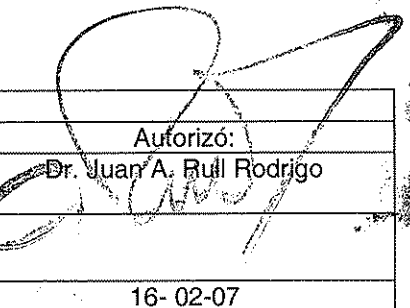
CONTROL DE EMISION

|         |                               |                                     |                             |
|---------|-------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| Nombre: | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril | Dr. Juan A. Rull Rodrigo    |
| Firma:  | <i>Paula Najera Ortiz</i>     | <i>Marina Martínez Becerril</i>     | <i>Juan A. Rull Rodrigo</i> |
| Fecha:  | 16-02-07                      | 16-02-07                            | 16-02-07                    |

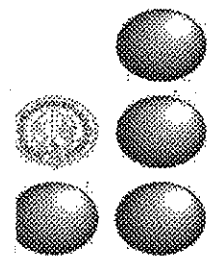
|   |  |   |           |
|---|--|---|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>        |  | REV:      |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                      |   | HOJA: 323 |
|   | <b>41.- Procedimiento para Ficha de Reporte Grupal</b> |   | DE: 341   |

**FORMATO E INSTRUCTIVOS.  
FORMATO: PARA FICHA DE REPORTE GRUPAL**

| No. | CONCEPTO             | SE ANOTARÁ                                      |
|-----|----------------------|---|
| 1   | Nº de Asistentes     | En número el total de personas que asistieron.  |
| 2   | Fecha de inicio      | El día, mes y año en que se da la sesión.       |
| 3   | Fecha de terminación | El día, mes y año en que terminan las sesiones. |
| 4   | Nº de Sesiones       | En número el total de sesiones que se dieron.   |
| 5   | Tiempo por sesión    | En minutos el tiempo que se dio la sesión.      |
| 6   | Motivo de consulta   | La causa que dio origen a las sesiones.         |
| 7   | Coordinadora         | Nombre de la psicóloga que coordina la sesión.  |
| 8   | Observaciones        | En forma breve lo más relevante.                |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |





I N N S Z

**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION  
SALVADOR ZUBIRAN**

Subdirección de Enfermería

|       |     |
|-------|-----|
| REV:  |     |
| HOJA: | 324 |
| DE:   | 341 |

**Área de Psicología**

**FICHA DE REPORTE GRUPAL**

**NO. DE ASISTENTES:** \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_

**FECHA DE INICIO:** \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_

**FECHA DE TERMINACION:** \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_

**NO. DE SESIONES:** \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_

**TIEMPO POR SESION:** \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_

**MOTIVO DE CONSULTA:** \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**COORDINADORA** \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

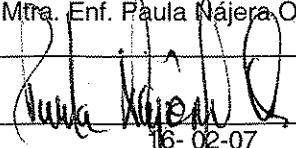
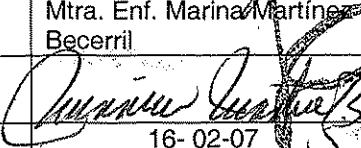
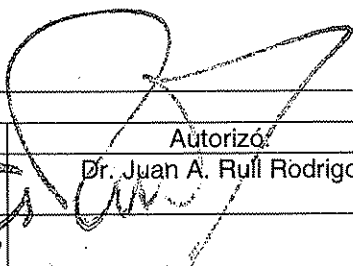
**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

|   |   |   |           |
|---|---|---|-----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS<br/>ADMINISTRATIVOS</b>               |  | REV:      |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                                 |   | HOJA: 325 |
|   | <b>42.- Procedimiento para Ficha de Identificación Individual</b> |   | DE: 341   |

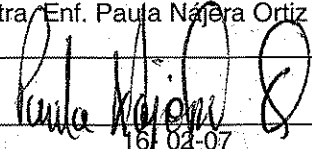
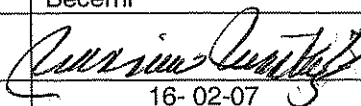
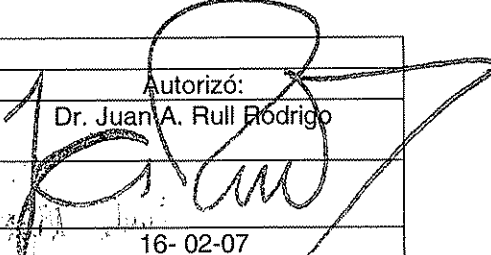
**42.- PROCEDIMIENTO PARA FICHA DE IDENTIFICACIÓN INDIVIDUAL**

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Ruíz Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |                  |
|---|---|---|------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                   |  | REV:             |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                                 |   | HOJA: <b>326</b> |
|   | <b>42.- Procedimiento para Ficha de Identificación Individual</b> |   | DE: <b>341</b>   |

**OBJETIVO**

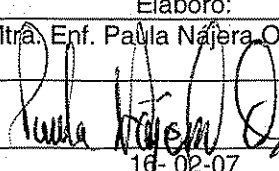
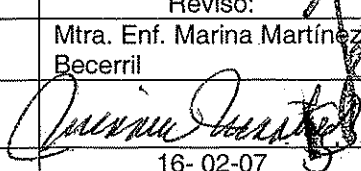
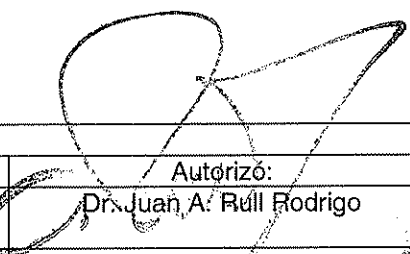
Contar con un instrumento administrativo para el registro individual y confidencial de las personas que acuden a terapia.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |                  |
|---|---|---|------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                   |  | REV:             |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                                 |   | HOJA: <b>327</b> |
|   | <b>42.- Procedimiento para Ficha de Identificación Individual</b> |   | DE: <b>341</b>   |

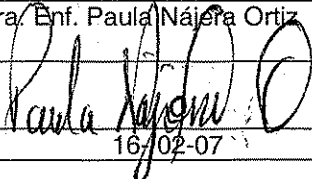
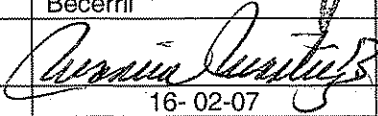
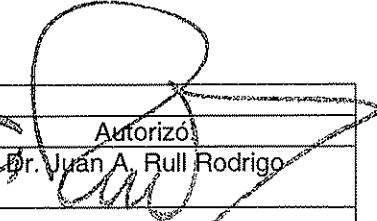
**POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN**

- 1.- A todo paciente que inicie terapia individual se le abrirá ficha de identificación debidamente requisitada.
- 2.- Toda ficha individual será archivada de forma confidencial.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Ruíz Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |                  |
|---|---|---|------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                   |  | REV:             |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                                 |   | HOJA: <b>328</b> |
|   | <b>42.- Procedimiento para Ficha de Identificación Individual</b> |   | DE: <b>341</b>   |

| UNIDAD O PERSONAS QUE INTERVIENEN | NÚMERO DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD  |
|-----------------------------------|---------------------|--|
| Psicóloga                         | 1                   | Hace el llenado de la ficha de identificación directamente con el paciente   |
| Paciente                          | 2                   | Proporciona los datos de forma directa y verbal a la psicóloga   |
| Psicóloga                         | 3                   | Archiva la información en el lugar correspondiente para llevar un registro y control, consultarlo si es necesario.<br><br><b>FIN DEL PROCEDIMIENTO</b> |

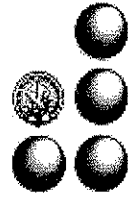
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16/02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

## Subdirección de Enfermería

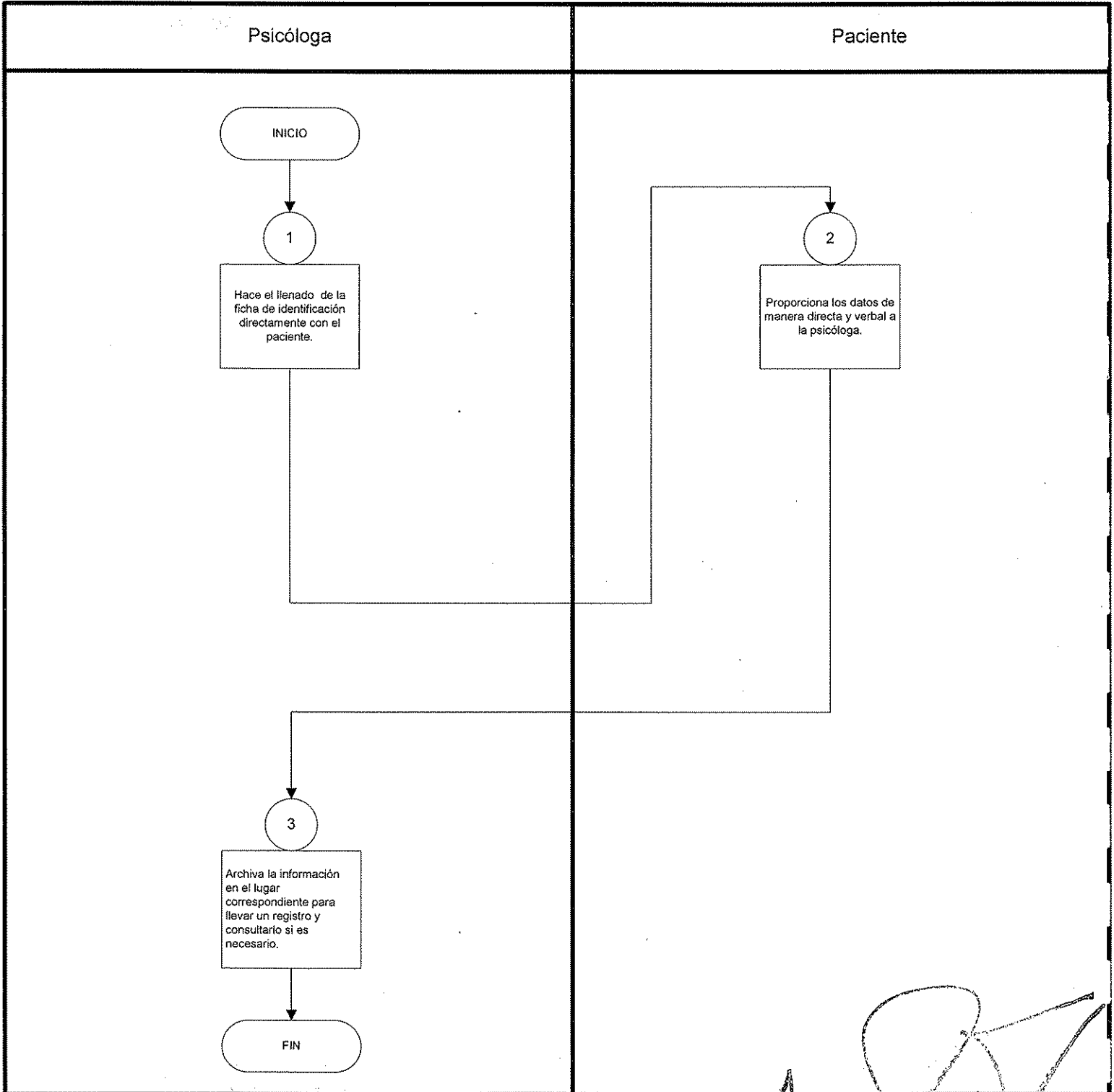
### 42.- Procedimiento para Ficha de Identificación Individual



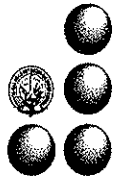
REV:

HOJA: 329

DE: 344

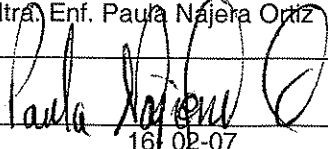
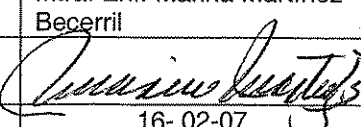



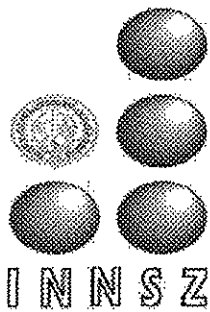
| CONTROL DE EMISION                    |   |                                    |
|---------------------------------------|---|------------------------------------|
| Elaboró:                              | Revisó:                                     | Autorizó:                          |
| Nombre: Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz | Nombre: Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril | Nombre: Dr. Juan A. Rull Rodrigo   |
| Firma: <i>Paula Nájera Ortiz</i>      | Firma: <i>Marina Martínez Becerril</i>      | Firma: <i>Juan A. Rull Rodrigo</i> |
| Fecha: 16-02-07                       | Fecha: 16-02-07                             | Fecha: 16-02-07                    |

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>                   |  | REV:     |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>                                 |   | HOJA:330 |
|   | <b>42.- Procedimiento para Ficha de Identificación Individual</b> |   | DE: 341  |

**FORMATO E INSTRUCTIVO PARA FICHA DE IDENTIFICACIÓN INDIVIDUAL**

| No. | CONCEPTO             | SE ANOTARÁ                                     |
|-----|----------------------|--|
| 1   | Sexo                 | Se anotará el género que corresponde.          |
| 2   | Edad                 | Años cumplidos.                                |
| 3   | Área de ubicación    | El servicio donde esta ubicado/a el/la persona |
| 4   | Fecha de inicio      | El día, mes y año en que inicia la terapia.    |
| 5   | Fecha de terminación | El día, mes y año en que termina la terapia.   |
| 6   | Motivo de consulta   | La causa por la cual asiste.                   |
| 7   | Terapeuta            | Nombre de la psicóloga que da la terapia.      |
| 8   | Observaciones        | En forma breve lo más relevante.               |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodríguez  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION  
SALVADOR ZUBIRAN**

Subdirección de Enfermería

|        |            |
|--------|------------|
| REV:   |            |
| HOJA : | <b>331</b> |
| DE:    | <b>341</b> |

**Área de Psicología**

**FICHA DE IDENTIFICACION INDIVIDUAL**

**SEXO:** 1

**EDAD:** 2

**ÁREA DE UBICACIÓN:** 3

**FECHA DE INICIO:** 4

**FECHA DE TERMINACION:** 5

**MOTIVO DE CONSULTA:** 6

---

---

---

**TERAPEUTA:** 7

**OBSERVACIONES:** 8

---

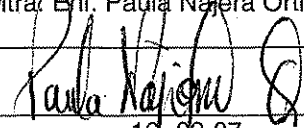
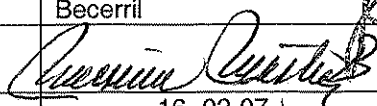
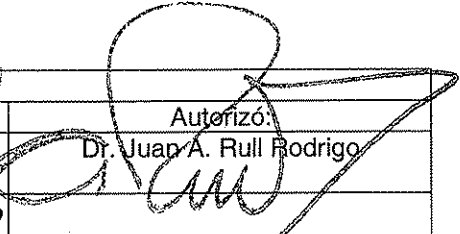
---


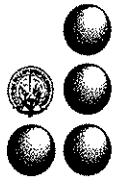
---



|   |  |   |                  |
|---|--|---|------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:             |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA: <b>332</b> |
|   | <b>43.- Procedimiento para Informe Semestral de Actividades del Área de Psicología</b> |   | DE: <b>341</b>   |

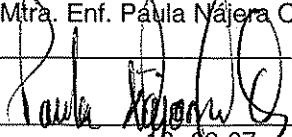
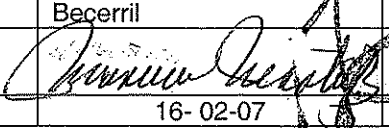
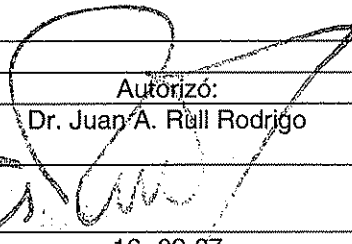
**43.- PROCEDIMIENTO PARA INFORME SEMESTRAL DE ACTIVIDADES DEL ÁREA DE PSICOLOGÍA**

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |                  |
|---|--|---|------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:             |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA: <b>333</b> |
|   | <b>43.- Procedimiento para Informe Semestral de Actividades del Área de Psicología</b> |   | DE: <b>341</b>   |

**OBJETIVO**

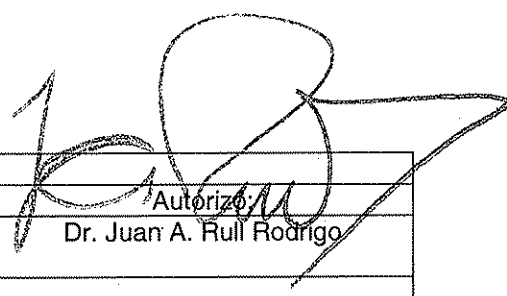
Contar con un instrumento administrativo que refleje la productividad de las actividades del área de psicología.

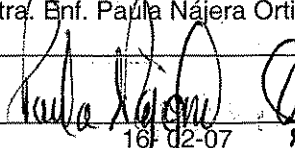
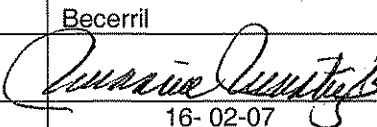
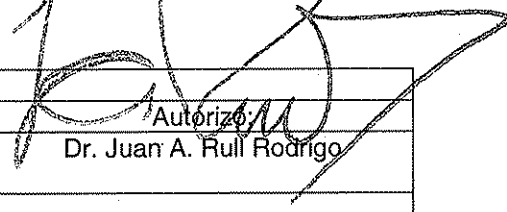
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |                  |
|---|--|---|------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:             |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA: <b>334</b> |
|   | <b>43.- Procedimiento para Informe Semestral de Actividades del Área de Psicología</b> |   | DE: <b>341</b>   |

**POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN**

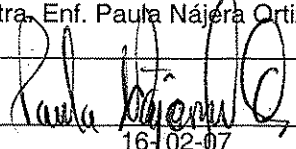
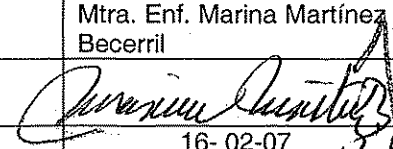
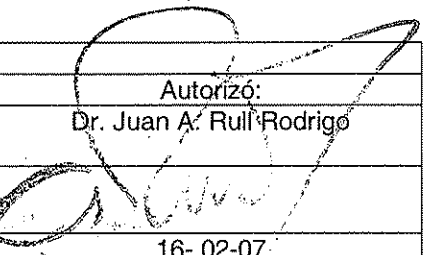
- 1.- El informe se realizará de forma semestral.
- 2.- Será elaborado por las psicólogas asignadas a la Subdirección de Enfermería.
- 3.- Se incluirán los totales de las intervenciones Psicoterapéuticas grupales, individuales, así como las referentes a los procesos de admisión de la escuela de enfermería.



| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paola Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodríguez  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |  |   |                  |
|---|--|---|------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:             |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA: <b>335</b> |
|   | <b>43.- Procedimiento para Informe Semestral de Actividades del Área de Psicología</b> |   | DE: <b>341</b>   |

| UNIDAD O PERSONAS QUE INTERVIENEN | NÚMERO DE ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD  |
|-----------------------------------|---------------------|--|
| Dirección de Planeación           | 1                   | Elabora y distribuye los oficios, solicitando la información correspondiente al 1er. o 2º. Semestre del año.   |
| Subdirección de Enfermería.       | 2                   | Recibe oficio y solicita a las psicólogas la información requerida.  |
| Psicólogas                        | 3                   | Elaboran un informe semestral del número de sesiones psicoterapéuticas individuales, de las intervenciones grupales, del número de fases de exámenes psicotemétricos aplicados y de las entrevistas de admisión. |
|                                   | 4                   | Entregan a la Subdirección de Enfermería la información requerida.   |
| Subdirección de Enfermería.       | 5                   | Envía a la Dirección de Planeación el informe semestral de actividades.<br><b>FIN DEL PROCEDIMIENTO.</b>   |

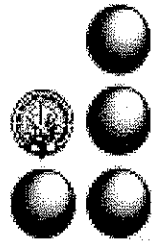
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodríguez  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

## Subdirección de Enfermería

### 43.- Procedimiento para Informe Semestral de Actividades del Área de Psicología



REV:

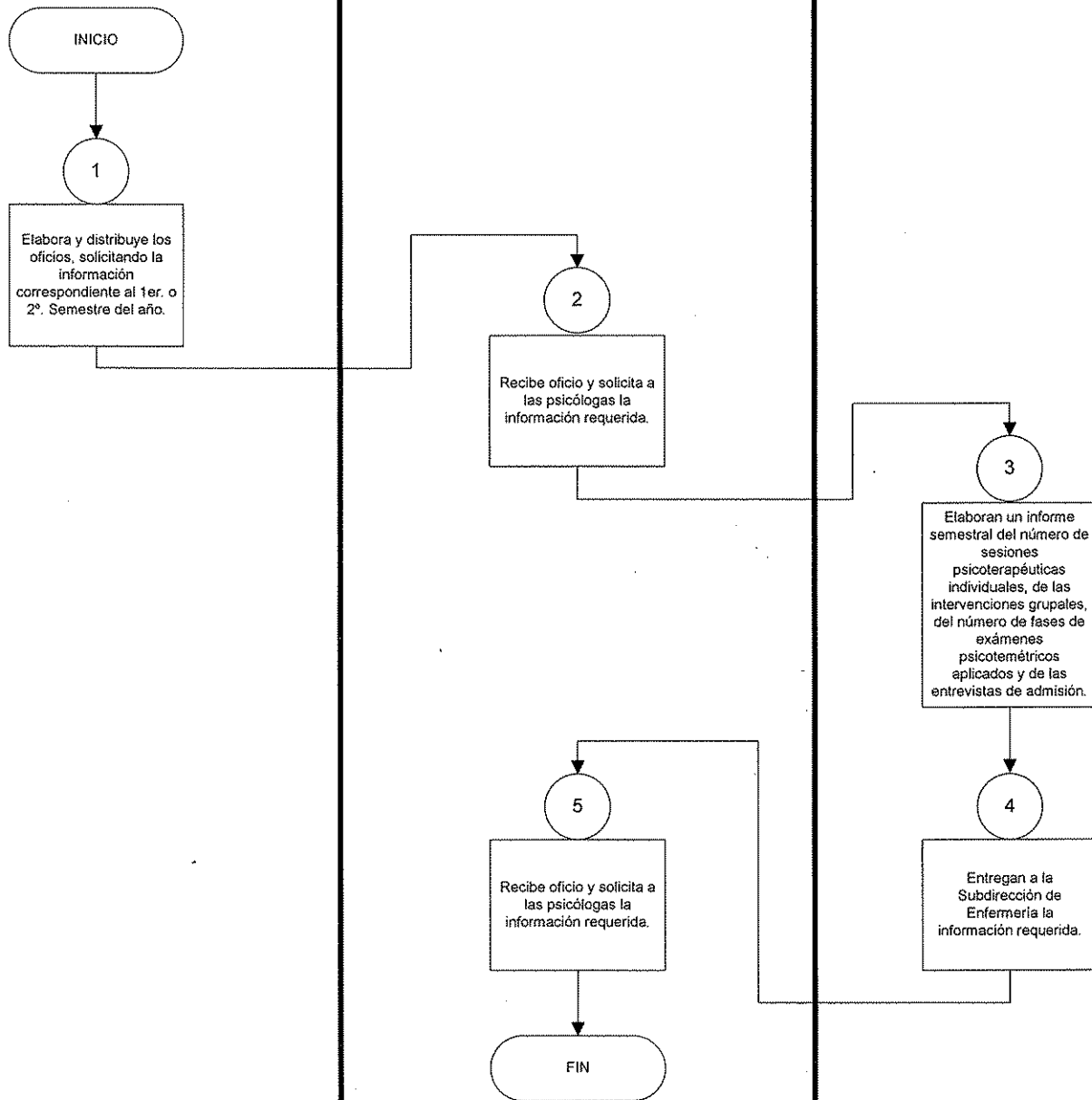
HOJA: 336

DE: 341

Dirección de Operación

Subdirección de Enfermería.

Psicólogas



#### CONTROL DE EMISION

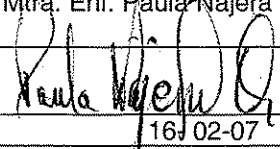
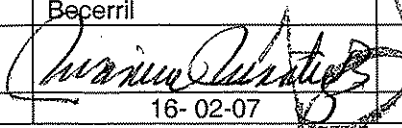
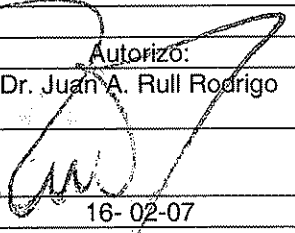
|         | Elaboró:                      | Revisó:                             | Autorizó:                |
|---------|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Nombre: | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril | Dr. Juan A. Rull Rodrigo |
| Firma:  |                               |                                     |                          |
| Fecha:  | 16-02-07                      | 16-02-07                            | 16-02-07                 |

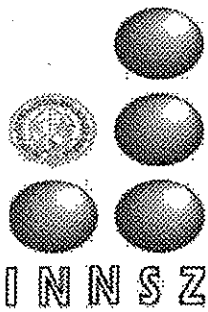
|   |  |   |                  |
|---|--|---|------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b>  |  | REV:             |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>  |   | HOJA: <b>337</b> |
|   | <b>43.- Procedimiento para Informe Semestral de Actividades del Área de Psicología</b> |   | DE: <b>341</b>   |

**FORMATO E INSTRUCTIVOS.**

**FORMATO: PARA INFORME SEMESTRAL DE ACTIVIDADES DEL ÁREA DE PSICOLOGÍA**

| No. | CONCEPTO                                | SE ANOTARÁ          |
|-----|---|---------------------|
| 1   | Sesiones psicoterapéuticas individuales | En número el total. |
| 2   | Intervenciones grupales                 | En número el total. |
| 3   | Sesiones de exámenes psicometricos      | En número el total. |
| 4   | Entrevistas de admisión                 | En número el total. |

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION  
SALVADOR ZUBIRAN**

Subdirección de Enfermería

|        |            |
|--------|------------|
| REV:   |            |
| HOJA : | <b>338</b> |
| DE:    | <b>341</b> |

**Área de Psicología**

**CORDINADOORA (S):** \_\_\_\_\_

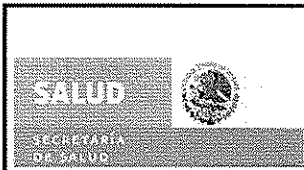
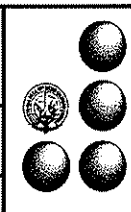
**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**INFORME SEMESTRAL DE ACTIVIDADES DEL ÁREA DE PSICOLOGÍA**

**TOTAL**

- |  |          |
|--|----------|
| <b>1. SESIONES PSICOTERAPEUTAS INDIVIDUALES:</b> | <u>1</u> |
| <b>2. INTERVENCIONES GRUPALES</b>                | <u>2</u> |
| <b>3. SESIONES DE EXAMENES PSICOMETRICOS</b>     | <u>3</u> |
| <b>4. ENTREVISTAS DE ADMISIÓN</b>                | <u>4</u> |

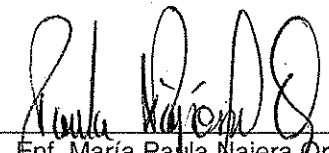
|   |   |   |                  |
|---|---|---|------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b> |  | REV:             |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>               |   | HOJA: <b>339</b> |
|   | <b>Autorización</b>                             |   | DE: <b>341</b>   |

**AUTORIZACIÓN:**

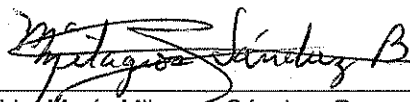
ELABORADO POR:

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

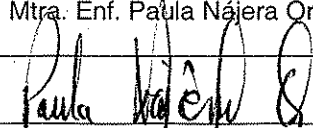
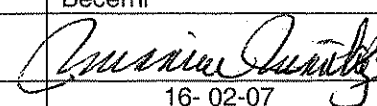
  
 Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  
 Subdirectora de Enfermería

  
 Mtra. Enf. María Paula Najera Ortiz  
 Jefe del Departamento de Enfermería

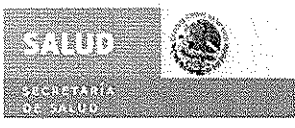
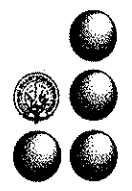
**ÁREA DE ORGANIZACIÓN Y MODERNIZACIÓN**

  
 Lic. María Milagros Sánchez Becerril  
 Coordinadora de Organización y Modernización

  
 C. María de Lourdes Celis Flores  
 Coordinadora de Calidad

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Najera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Ruiz Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

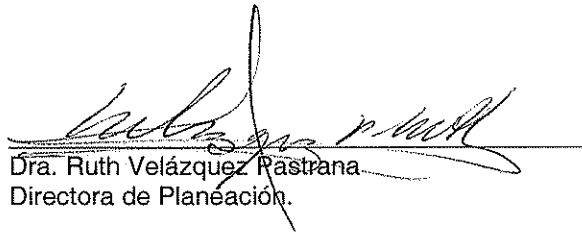


|   |   |   |                  |
|---|---|---|------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b> |  | REV:             |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>               |   | HOJA: <b>340</b> |
|   | <b>Autorización</b>                             |   | DE: <b>341</b>   |

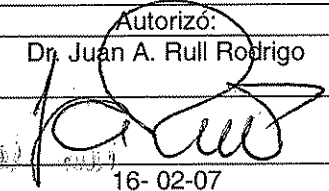
**REVISIÓN TÉCNICA DEL MANUAL:**


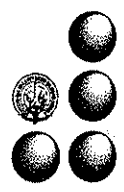


Dr. Juan Antonio Rull Rodrigo  
Director de Medicina.

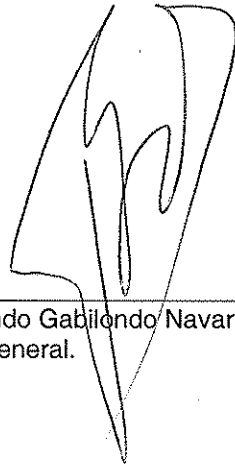


Dra. Ruth Velázquez Pastrana  
Directora de Planeación.

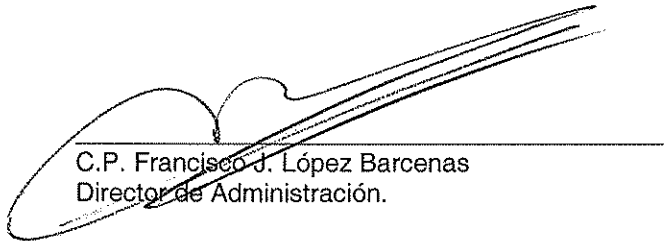
| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |

|   |   |   |                  |
|---|---|---|------------------|
|  | <b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS</b> |  | REV:             |
|   | <b>Subdirección de Enfermería</b>               |   | HOJA: <b>341</b> |
|   | <b>Autorización</b>                             |   | DE: <b>341</b>   |

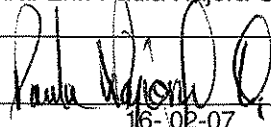
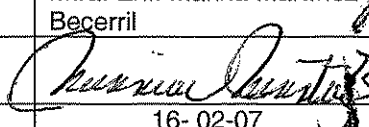
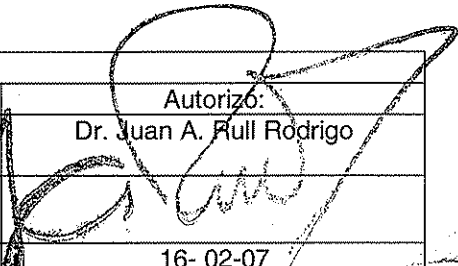
AUTORIZÓ:



Dr. Fernando Gabilondo Navarro.  
Director General.



C.P. Francisco J. López Barcenas  
Director de Administración.

| CONTROL DE EMISIÓN |   |  |   |
|--------------------|---|--|---|
|                    | Elaboró:  | Revisó:  | Autorizó:   |
| Nombre:            | Mtra. Enf. Paula Nájera Ortiz   | Mtra. Enf. Marina Martínez Becerril  | Dr. Juan A. Rull Rodrigo  |
| Firma:             |  |  |  |
| Fecha:             | 16-02-07  | 16-02-07   | 16-02-07  |