




PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES EN IMAGENOLOGIA

VERSION 1.0

**SAN JUAN DE PASTO
2014**


	PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES EN IMAGENOLOGIA			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PR-IPI	1.0	2

PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES EN IMAGENOLOGIA PASTO SALUD E. S. E.

Elaborado por:
Hernán Guerrero Burbano
Director Operativo Red Norte

San Juan de Pasto

2014

	PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES EN IMAGENOLOGIA			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PR-IPI	1.0	3

CONTENIDO

	PAG
RESOLUCION 499 DEL 26 DE NOVIEMBRE DE 2014	4
CONTROL DE CAMBIOS	9
INTRODUCCIÓN	10
1. OBJETIVOS	11
1.1 OBJETIVO GENERAL	11
1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	11
2. ALCANCE	12
3. TERMINOS Y DEFINICIONES	13
4. DATOS Y MOMENTOS DE LA IDENTIFICACION DEL PACIENTE	14
BIBLIOGRAFIA	

FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
Subgerencia de Salud e Investigación	PR-IPI	1.0	4

RESOLUCIONES

VERSION	PROCESO / PROCEDIMIENTO	CODIGO	NUM
2.0	GESTION JURIDICA	GJ	062

GERENCIA

RESOLUCIÓN No. 499
(26 de noviembre de 2014)

"Por medio de la cual se adoptan unos procedimientos y protocolos de aplicación en los procesos de Atención al Cliente Asistencial de Pasto Salud ESE.

El Gerente de la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE, en ejercicio de sus facultades Constitucionales y legales, el Acuerdo No. 004 del 2006 del Concejo Municipal de Pasto, el Acuerdo N° 008 del 2009 de la Junta Directiva de la empresa Social del Estado Pasto Salud, y teniendo en cuenta los enunciados de la Resolución 2003 de 2014 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Manual de Estándares de Acreditación en Salud adoptado por la Resolución 123 de 2012 del Ministerio antes mencionado,

CONSIDERANDO:

Que, la Empresa Social del Estado Pasto Salud ESE, está comprometida en un proceso de mejoramiento continuo bajo la perspectiva de garantizar seguridad en la prestación de los servicios de salud.

Que, la Resolución 2003 de 2014 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la cual se adopta el manual de estándares de habilitación para entidades prestadoras de servicios de salud, en sus diferentes grupos especialmente el relacionado con procesos prioritarios, requiere que las instituciones prestadoras de servicios de salud garanticen la seguridad en la atención a sus pacientes, mediante la implementación de procesos seguros y documentados para todas aquellas atenciones en salud que en dicho manual se contemplan.

Que, los Estándares del Sistema Único de Acreditación en Salud, adoptados mediante Resolución 123 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social en el grupo de Atención al Cliente Asistencial, igualmente requieren de una serie de procesos y protocolos documentados, que en su implementación garanticen la prestación de servicios de salud bajo condiciones de calidad y seguridad para el paciente.

Que, Pasto Salud ESE, realizó el proceso de autoevaluación de condiciones de habilitación, encontrando oportunidades de mejora especialmente en el grupo de procesos prioritarios, requiriéndose en este sentido documentar e implementar varios procesos orientados al cumplimiento de los estándares de habilitación.

Que, durante el año 2013 Pasto Salud realizó proceso de autoevaluación de estándares del Sistema Único de Acreditación en Salud, encontrando oportunidades de mejora para su cumplimiento, especialmente en la implementación de procesos orientados a garantizar calidad en la prestación de servicios de salud.

Que para cerrar las brechas detectadas en autoevaluación de estándares de habilitación y acreditación, el equipo de salud de Pasto Salud ESE y los Directores Operativos de Red iniciaron un proceso de revisión, actualización y documentación y despliegue de los procesos y protocolos que a continuación se detallan:

- ✓ *Protocolo de comunicación entre el equipo de salud*
- ✓ *Protocolo programa de información a Usuarios y Familias*
- ✓ *Protocolo programa de atención Binomio Madre Hijo*
- ✓ *Protocolo para el manejo del Consultador Crónico*
- ✓ *Protocolo de Identificación Inequívoca de pacientes en Imagenología*
- ✓ *Protocolo de Prevención de Úlceras por Presión*

FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
Subgerencia de Salud e Investigación	PR-IPI	1.0	5

RESOLUCIONES

VERSION	PROCESO / PROCEDIMIENTO	CODIGO	NUM
2.0	GESTION JURIDICA	GJ	062

GERENCIA

- ✓ *Protocolo Prevención de Caídas*
- ✓ *Protocolo de adopción de Guías Clínicas de Atención*
- ✓ *Protocolo de Alertas tempranas frente a valores críticos en Laboratorio Clínico*
- ✓ *Protocolo de atención a Pacientes con Síndrome de Abstinencia por consumo de SPA*
- ✓ *Procedimientos que requieren consentimiento informado*
- ✓ *Protocolo para la identificación e intervención de necesidades emocionales*
- ✓ *Protocolo para el manejo del dolor*
- ✓ *Protocolo para la identificación de grupos poblacionales específicos*
- ✓ *Protocolo de identificación inequívoca de pacientes*
- ✓ *Instructivo manejo de clasificación de víctimas*
- ✓ *Instrumento para el seguimiento al protocolo de identificación inequívoca de pacientes*
- ✓ *Instrumento de seguimiento a procesos*
- ✓ *Metodología y estandarización para el reporte de eventos adversos*
- ✓ *Protocolo de identificación de alergias*
- ✓ *Protocolo de manejo y contenido de carro de paro*
- ✓ *Protocolo para el manejo de pertenencias del paciente*
- ✓ *Estrategia de despliegue de lavado de manos*
- ✓ *Ficha indicadores lavado de mano*
- ✓ *Formato verificación adherencia a lavado de manos*
- ✓ *Lista de chequeo insumos lavado de manos*
- ✓ *Protocolo de muerte cerebral*
- ✓ *Protocolo Código Azul*
- ✓ *Protocolo de Reanimación Cardio Cerebro Vascular*
- ✓ *Protocolo de intubación y Extubación Orotraqueal*
- ✓ *Estrategia de despliegue de la política de seguridad del paciente*
- ✓ *Protocolo de suturas*
- ✓ *Protocolo de lavado de oídos*
- ✓ *Protocolo de extracción de cuerpo extraño de ojos, vías respiratorias superiores y piel*

Guías y protocolos aplicables a laboratorio clínico

- ✓ *Protocolo de control de calidad interna y externa en laboratorio Clínico versión 2*
- ✓ *Protocolo de identificación inequívoca de pacientes y muestras de laboratorio clínico.*
- ✓ *Guía de bioseguridad, limpieza y desinfección en el laboratorio clínico versión 2*
- ✓ *Guía de frotis vaginal y uretral versión 2*
- ✓ *Guía de obtención y envío de muestras para análisis de eventos en salud pública versión 2*
- ✓ *Guía de TSH Neonatal versión 2*
- ✓ *Protocolo de KOH versión 2*
- ✓ *Protocolo de frotis uretral versión 2*
- ✓ *Protocolo de frotis vaginal versión 2*
- ✓ *Guía de Hematología versión 2*
- ✓ *Protocolo Hematología versión 1*
- ✓ *Guía de Inmunología versión 2*
- ✓ *Protocolo de Inmunología versión 2*
- ✓ *Guía de Tuberculosis versión 2*
- ✓ *Guía de Urocultivo versión 2*
- ✓ *Protocolo de Antibiograma versión 2*
- ✓ *Protocolo Tuberculosis versión 2*
- ✓ *Protocolo Urocultivo versión 2*
- ✓ *Guía de Coprológicos versión 2*
- ✓ *Guía de Orinas versión 2*

FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
Subgerencia de Salud e Investigación	PR-IPI	1.0	6

RESOLUCIONES

VERSION	PROCESO / PROCEDIMIENTO	CODIGO	NUM
2.0	GESTION JURIDICA	GJ	062

GERENCIA

- ✓ *Protocolo de Orina y Coprológicos versión 2*
- ✓ *Protocolo de Ácido Úrico versión 2*
- ✓ *Protocolo de Amilasa versión 2*
- ✓ *Protocolo de Bilirrubina versión 2*
- ✓ *Protocolo de Colesterol HDL versión 2*
- ✓ *Protocolo de Colesterol DLD versión 2*
- ✓ *Protocolo de Colesterol Total versión 2*
- ✓ *Protocolo de Creatinina versión 2*
- ✓ *Protocolo de Fosfatasa Alcalina versión 2*
- ✓ *Protocolo de Glucosa versión 2*
- ✓ *Protocolo de Hemoglobina Glicolisada versión 2*
- ✓ *Protocolo de Microalbuminuria versión 2*
- ✓ *Protocolo de Nitrógeno Ureico versión 2*
- ✓ *Protocolo de Potasio Serico versión 2*
- ✓ *Protocolo de Triglicéridos versión 2*
- ✓ *Fichas técnicas de Indicadores de Laboratorio*
- ✓ *Lista de chequeo de identificación de paciente y muestras de laboratorio.*

Que los anteriores documentos han sido desplegados al talento humano de la empresa, concertados y ajustados según el consenso de los equipos de trabajo, incluyendo el pilotaje.

Que en Reunión del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente realizada el día 25 de noviembre de 2014, los Directores Operativos de Red hicieron el despliegue de los documentos relacionados a los integrantes del Comité, poniendo a consideración para su adopción mediante acto administrativo.

Que el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente en dicha reunión aprobó los documentos relacionados que corresponden a los protocolos, guías y procedimientos, y, recomendó al Gerente emitir el correspondiente acto administrativo de adopción.

Que es necesario, los Protocolos, Guías y Procedimientos antes mencionados para que sean implementados en los procesos de atención al cliente asistencial.

En mérito de lo expuesto

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: *Adoptar los siguientes Protocolos, Guías y Procedimientos para que sean aplicados en los procesos de atención al cliente asistencial en Pasto Salud ESE:*

- ✓ *Protocolo de comunicación entre el equipo de salud*
- ✓ *Protocolo programa de información a Usuarios y Familias*
- ✓ *Protocolo programa de atención Binomio Madre Hijo*
- ✓ *Protocolo para el manejo del Consultador Crónico*
- ✓ *Protocolo de Identificación Inequivoca de pacientes en Imagenología*
- ✓ *Protocolo de Prevención de Úlceras por Presión*
- ✓ *Protocolo Prevención de Caídas*
- ✓ *Protocolo de adopción de Guías Clínicas de Atención*
- ✓ *Protocolo de Alertas tempranas frente a valores críticos en Laboratorio Clínico*
- ✓ *Protocolo de atención a Pacientes con Síndrome de Abstinencia por consumo de SPA*
- ✓ *Procedimientos que requieren consentimiento informado*
- ✓ *Protocolo para la identificación e intervención de necesidades emocionales*
- ✓ *Protocolo para el manejo del dolor*

FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
Subgerencia de Salud e Investigación	PR-IPI	1.0	7

RESOLUCIONES

VERSION	PROCESO / PROCEDIMIENTO	CODIGO	NUM
2.0	GESTIÓN JURÍDICA	GJ	062

GERENCIA

- ✓ *Protocolo para la identificación de grupos poblacionales específicos*
- ✓ *Protocolo de identificación inequívoca de pacientes*
- ✓ *Instructivo manejo de clasificación de víctimas*
- ✓ *Instrumento para el seguimiento al protocolo de identificación inequívoca de pacientes*
- ✓ *Instrumento de seguimiento a procesos*
- ✓ *Metodología y estandarización para el reporte de eventos adversos*
- ✓ *Protocolo de identificación de alergias*
- ✓ *Protocolo de manejo y contenido de carro de paro*
- ✓ *Protocolo para el manejo de pertenencias del paciente*
- ✓ *Estrategia de despliegue de lavado de manos*
- ✓ *Ficha indicadores lavado de mano*
- ✓ *Formato verificación adherencia a lavado de manos*
- ✓ *Lista de chequeo insumos lavado de manos*
- ✓ *Protocolo de muerte cerebral*
- ✓ *Protocolo Código Azul*
- ✓ *Protocolo de Reanimación Cardio Cerebro Vascular*
- ✓ *Protocolo de intubación y Extubación Orotraqueal*
- ✓ *Estrategia de despliegue de la política de seguridad del paciente*
- ✓ *Protocolo de suturas*
- ✓ *Protocolo de lavado de oídos*
- ✓ *Protocolo de extracción de cuerpo extraño de ojos, vías respiratorias superiores y piel*

Guías y protocolos aplicables a laboratorio clínico

- ✓ *Protocolo de control de calidad interna y externa en laboratorio Clínico versión 2*
- ✓ *Protocolo de identificación inequívoca de pacientes y muestras de laboratorio clínico.*
- ✓ *Guía de bioseguridad, limpieza y desinfección en el laboratorio clínico versión 2*
- ✓ *Guía de frotis vaginal y uretral versión 2*
- ✓ *Guía de obtención y envío de muestras para análisis de eventos en salud pública versión 2*
- ✓ *Guía de TSH Neonatal versión 2*
- ✓ *Protocolo de KOH versión 2*
- ✓ *Protocolo de frotis uretral versión 2*
- ✓ *Protocolo de frotis vaginal versión 2*
- ✓ *Guía de Hematología versión 2*
- ✓ *Protocolo Hematología versión 1*
- ✓ *Guía de Inmunología versión 2*
- ✓ *Protocolo de Inmunología versión 2*
- ✓ *Guía de Tuberculosis versión 2*
- ✓ *Guía de Urocultivo versión 2*
- ✓ *Protocolo de Antibiograma versión 2*
- ✓ *Protocolo Tuberculosis versión 2*
- ✓ *Protocolo Urocultivo versión 2*
- ✓ *Guía de Coprológicos versión 2*
- ✓ *Guía de Orinas versión 2*
- ✓ *Protocolo de Orina y Coprológicos versión 2*
- ✓ *Protocolo de Ácido Úrico versión 2*
- ✓ *Protocolo de Amilasa versión 2*
- ✓ *Protocolo de Bilirrubina versión 2*
- ✓ *Protocolo de Colesterol HDL versión 2*
- ✓ *Protocolo de Colesterol DLD versión 2*
- ✓ *Protocolo de Colesterol Total versión 2*
- ✓ *Protocolo de Creatinina versión 2*

FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
Subgerencia de Salud e Investigación	PR-IPI	1.0	8

RESOLUCIONES

VERSION	PROCESO / PROCEDIMIENTO	CODIGO	NUM
2.0	GESTION JURIDICA	GJ	062

GERENCIA

- ✓ *Protocolo de Fosfatasa Alcalina versión 2*
- ✓ *Protocolo de Glucosa versión 2*
- ✓ *Protocolo de Hemoglobina Glicosilada versión 2*
- ✓ *Protocolo de Microalbuminuria versión 2*
- ✓ *Protocolo de Nitrógeno Ureico versión 2*
- ✓ *Protocolo de Potasio Serico versión 2*
- ✓ *Protocolo de Triglicéridos versión 2*
- ✓ *Fichas técnicas de Indicadores de Laboratorio*
- ✓ *Lista de chequeo de identificación de paciente y muestras de laboratorio*

ARTICULO SEGUNDO: *La aplicación de los protocolos, guías y procedimientos adoptados es de carácter obligatorio por parte del equipo de salud en los procesos de atención al cliente asistencial de Pasto Salud ESE.*

ARTÍCULO TERCERO: *El seguimiento a su implementación y cumplimiento se hará por parte de los Directores Operativos en cada Red y por el Equipo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad a través del programa de auditoría a la calidad del registro y adherencia.*

ARTÍCULO CUARTO: *Una vez los protocolos, guías y procedimientos adoptados sean codificados en Planeación, se publicarán en el servidor documental para ser consultados por el Talento Humano de la Empresa.*

ARTÍCULO QUINTO: VIGENCIA: *La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.*

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en San Juan de Pasto, a los veintiséis (26) días del mes de noviembre de dos mil catorce (2014.)


BERNARDO OCAMPO MARTÍNEZ
Gerente

Proyectó: Subgerencia de Salud e Investigaciones.
Revisó: Oficina Asesora Jurídica.

	PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES EN IMAGENOLÓGIA			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PR-IPI	1.0	9

CONTROL DE CAMBIOS

E: Elaboración del Documento

M: Modificación del Documento

X: Eliminación del Documento

VERSIÓN	CONTROL DE CAMBIOS AL DOCUMENTO	INFORMACIÓN DE CAMBIOS					ACTO ADMINISTRATIVO DE ADOCIÓN
		E	M	X	ACTIVIDADES O JUSTIFICACIÓN	ELABORÓ /ACTUALIZÓ	
1.0	Aprobación y del de Protocolo de Identificación inequívoca de pacientes en Imagenología	X			La seguridad del paciente, indica que desde el ingreso de éste al centro de atención en salud, se deben implementar los mecanismos orientados a garantizar la correcta identificación del paciente. Los estándares de Acreditación en Salud así lo contemplan en el grupo correspondiente a Seguridad del Paciente.	Hernán Guerrero Burbano Director Operativo de Red.	Resolución 499 del 26 de noviembre de 2014

	PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES EN IMAGENOLOGIA			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PR-IPI	1.0	10

INTRODUCCIÓN

La identificación inadecuada de pacientes es una causa importante en los problemas de complicaciones asociadas a errores en la prestación de servicios de salud.

Los problemas de identificación se asocian con frecuencia a errores en la administración de medicamentos, ayudas diagnósticas, toma, lectura y entrega de muestras, etc. sus consecuencias pueden llegar a producir errores muy graves en la atención del paciente.

En la práctica diaria, se confía excesivamente en la memoria obviando aquellas comprobaciones vitales que confirman que se está atendiendo a la persona correcta, en el momento correcto y con la atención pertinente.

Actualmente se han comenzado a desarrollar procedimientos normalizados para la identificación inequívoca de los pacientes, pero no existe una normativa a nivel nacional que lo regule. El Ministerio de Salud y Protección social a través del Observatorio de la Calidad, implementó el Paquete Instruccional para asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales, desde donde se establecen algunos lineamientos, que contribuyen a disminuir la ocurrencia de eventos adversos por errores en la identificación del paciente.

Pasto Salud ESE, siguiendo dichos lineamientos, documentó el paquete complementario de radiodiagnóstico donde se contempla entre otros aspectos la correcta identificación del paciente, imágenes radiodiagnósticas y reporte, dentro del plan de seguridad del paciente. Es así como a través del presente documento se desarrolla el mencionado dicho plan, estableciendo los lineamientos para identificar al paciente y las imágenes diagnósticas durante todas las etapas del proceso de atención en salud que presta la Empresa.

	PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES EN IMAGENOLÓGIA			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PR-IPI	1.0	11

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Fortalecer a nivel institucional la política de identificación segura de pacientes e imágenes diagnósticas en todas las etapas que incluya los parámetros mínimos a contemplar, con el fin de identificar de forma inequívoca al paciente y la imagen diagnóstica.


1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Definir los mecanismos de identificación de pacientes e imágenes diagnósticas, que garanticen la seguridad en la atención de los servicios de salud
- ✓ Estandarizar los mecanismos de identificación del paciente e imágenes diagnósticas en todos los centros de atención de Pasto Salud ESE.
- ✓ Minimizar la ocurrencia de errores en la prestación de los servicios de salud atribuibles a la mala o incorrecta identificación de pacientes e imágenes diagnósticas.

	PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES EN IMAGENOLÓGIA			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PR-IPI	1.0	12

2. ALCANCE

Las disposiciones del presente documento aplica a todo el Talento Humano de las IPS de Pasto Salud ESE que tenga contacto con el paciente, desde el proceso de acceso a la atención hasta su salida y seguimiento. El presente documento está en concordancia con los requerimientos contenidos en la Resolución 123 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Manual de Estándares de Acreditación.

	PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES EN IMAGENOLÓGIA			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PR-IPI	1.0	13

3. TERMINOS Y DEFINICIONES

Datos de identificación inequívocos: Son aquellos que pertenecen a un solo paciente y que no pueden ser compartidos por otros.

Los datos definidos como inequívocos para los pacientes son:

- ✓ Nombres y Apellidos.
- ✓ Fecha de Nacimiento.
- ✓ Número único de Historia Clínica.

No se consideran datos inequívocos para los pacientes:

- ✓ Diagnóstico.
- ✓ Número de cama.
- ✓ Fecha de ingreso.
- ✓ EPS

Verificación Verbal: Proceso mediante el cual el profesional de la salud comprueba la identidad del paciente preguntando: nombres y apellidos así como la fecha de nacimiento.

	PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES EN IMAGENOLÓGIA			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PR-IPI	1.0	14

4. DATOS Y MOMENTOS DE LA IDENTIFICACIÓN PACIENTE

4.1 ETAPA PREVIA O DE PREPARACION

Aplica desde el momento en que el usuario accede al servicio con la respectiva orden médica de radiografía o solicitud de ecografía, la factura del procedimiento solicitado y siguiendo el procedimiento de Acceso a los servicios de salud, la identificación redundante del paciente y la imagen diagnóstica seguirá los siguientes parámetros:

- ✓ Primer nombres y apellidos completos
- ✓ Documento de identidad: Cédula de ciudadanía, Tarjeta de Identidad, Registro Civil de Nacimiento según proceda
- ✓ Edad

En el proceso de Registro e Ingreso, el personal encargado hará la verificación verbal de los datos anteriores, y una vez comprobados con el paciente procederá al registro según corresponde a urgencias o consulta externa.

4.1.1 Identificación de la imagen diagnóstica

a.- Radiografía

- ✓ Apellidos completos y primer nombre
- ✓ Documento de identificación


b.- Ecografía

- ✓ Nombres y apellidos completos
- ✓ Documento de identificación

Nota: Los usuarios son atendidos por turno de llegada y se da prioridad a pacientes de urgencias, independientemente del diagnóstico si proceden remitidos de urgencias.

4.2 ETAPA DE LECTURA

- ✓ Para efectos de proceder al análisis de las imágenes radiográficas, una vez finalizada la toma de la radiografía, el programa CLEARCANVAS captura y almacena las imágenes radiográficas, para que posteriormente el tecnólogo verifique que todos los estudios se envíen al PACS(estación central de almacenamiento de imágenes diagnósticas), el cual dispone de

	PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES EN IMAGENOLÓGIA			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PR-IPI	1.0	15

un programa de información con el fin de asegurar que el médico radiólogo pueda dar la interpretación vía remota, dando prioridad al servicio de urgencias. En el sistema los estudios que corresponden a urgencias se los identifica con las siglas URG antes del diagnóstico e inmediatamente se cargan a la carpeta específica una vez terminado el estudio, para su oportuna interpretación.

- ✓ El médico radiólogo realiza la interpretación de las imágenes radiográficas diariamente de manera oral (verbal), las cuales se almacenan en una carpeta de memoria interna, la cual se transcribe por parte del personal administrativo y se imprime en las plantillas predeterminadas por el proveedor del servicio de radiografías.

Nota: El programa CLEARCANVAS si está en línea permite la visualización de las imágenes radiográficas desde cualquier punto de red, una vez terminado el proceso de atención.

- ✓ Para el análisis de las imágenes de ecografías, el médico especialista que realiza el examen de ultrasonido dicta de manera verbal los hallazgos encontrados a la asistente de transcripción a medida que realiza la exploración ecográfica.
- ✓ Los hallazgos encontrados se registran en los formatos predeterminados por el proveedor para proceder a su impresión, revisión y firma del especialista.

4.3 ETAPA POSTERIOR A LA TOMA

En esta etapa se verifica la correcta identificación y la correlación entre el paciente y el reporte de los resultados la imagen diagnóstica de la siguiente manera:

Para radiografía

- ✓ Para radiografías el paciente recibe una ficha de entrega de resultados, que contiene identificación, nombres, fecha del estudio, estudio realizado y fecha y hora de entrega de resultado la cual es diligenciada por el tecnólogo luego del estudio realizado.
- ✓ Al momento de entregar el resultado se verifica la ficha y los datos contenidos que coincidan, si no la trae se procede con los datos de información del documento de identidad del usuario para la entrega.
- ✓ Una vez identificado el usuario se imprime la radiografía y el reporte, se

	PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES EN IMAGENOLÓGIA			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PR-IPI	1.0	16

verifica que la información contenida coincida tanto en la interpretación del médico con el estudio tomado.

- ✓ Para la entrega una vez cumple el proceso de validación de información se entrega al usuario la radiografía y el reporte, el usuario debe firmar en el registro diario de pacientes (ROP-15 del proveedor de servicio).

Para ecografías

- ✓ Inmediatamente termina la atención el reporte es entregados a la usuaria
- ✓ Para la entrega la asistente compara los datos contenidos en la imagen ecográfica, con los datos del reporte impreso y la identificación de la usuaria
- ✓ Se entrega los resultados, y las usuarias firman la agenda diaria

	PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN INEQUÍVOCA DE PACIENTES EN IMAGENOLOGIA			
	FORMULACION	CODIGO	VERSION	PAG
	Subgerencia de Salud e Investigación	PR-IPI	1.0	17

BIBLIOGRAFIA

Ministerio de salud y protección social, Observatorio de la calidad, Paquete instruccional identificación inequívoca de pacientes **y de la muestra de laboratorio clínico.**