

Documentación clínica_

electrónica

_nos hospitais de Galicia



EDITA
CONSELLERÍA DE SANIDADE

ELABORA
Subdirección Xeral de Información e de Servizos Tecnolóxicos
DESEÑO E MAQUETACIÓN



REALIZA
Eurlugo, S.L.

DEPÓSITO LEGAL
C - 3363 - 2006

Para máis información:
Edificio Administrativo San Lázaro, s/n
15703 Santiago de Compostela
A Coruña
Teléfono: 981 542 808
Fax: 981 542 882
Correo-e: informacion.servizostecnoloxicos@sergas.es
Web: www.sergas.es
Intranet: <http://intranet>

A incorporación dos novos sistemas e tecnoloxías da información no ámbito sanitario é imparabile, constituíndose como ferramentas indispensables para a actividade dos nosos profesionais. A posta en marcha destas novas ferramentas debe ir da man de importantes cambios organizativos, de xeito que obteñamos todo o valor engadido que poden achegar no eido sanitario.

Hoxe en día ninguén dubida de que a xeneralización da historia clínica electrónica, o noso proxecto IANUS, supón un fito que está a modificar o xeito de prestar asistencia sanitaria á cidadanía. Estamos ante un proxecto de longo percorrido, ante un proxecto non só de tecnoloxía, senón tamén de cambios organizativos e de normalización de procesos, cun obxectivo claro de mellora na prestación de servizos sanitarios.

Neste marco innovador que é a posta en marcha en todos os centros do Servizo Galego de Saúde do proxecto de historia clínica electrónica única, a participación dos nosos profesionais é fundamental para garantir o seu éxito e acadar unha ferramenta á altura das súas expectativas. Estamos a construír unha ferramenta indispensable non só para a súa actividade asistencial senón para o seu desempeño docente e investigador.

Por iso, compráceme enormemente presentar este libro, resultado do esforzo de máis de 180 profesionais dos nosos centros, que están a traballar nun labor pioneiro de normalización e consenso da documentación clínica electrónica de cada unha das especialidades. A importancia dunha documentación normalizada, a súa correcta custodia, a súa dispoñibilidade e o tratamento posterior da información son elementos decisivos no noso proxecto de dixitalización da actividade asistencial.

Isto é só o comezo, queda moito camiño por percorrer. Estamos ante unha aposta pola innovación e o uso das tecnoloxías como motores para acadar a excelencia dos nosos centros. Grazas á colaboración e participación de todos os nosos profesionais, o principal activo do sistema sanitario, isto é xa unha realidade.

María José Rubio Vidal
Conselleira de Sanidade

■ INTRODUCCIÓN	7
■ PROCEDEMENTO DE NORMALIZACIÓN DA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA	11
■ CONTIDO DOS MANUAIS DE USO DOS DOCUMENTOS	19
■ GLOSARIO DE TERMOS	23
■ DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DOS SERVIZOS HOSPITALARIOS	57
■ ANEXO: NORMATIVA ACTUAL DE APLICACIÓN Á DOCUMENTACIÓN CLÍNICA	393

INTRODUCCIÓN

Unha das liñas estratéxicas da Consellería de Sanidade e do Servizo Galego de Saúde (Sergas) no eido das tecnoloxías da información e comunicación (TIC) é o desenvolvemento da historia clínica electrónica (HCE), o chamado proxecto IANUS. A implantación deste proxecto supón, por unha banda, superar os problemas tradicionais asociados á utilización da historia clínica en soporte papel, pero tamén, por outra, constitúe unha oportunidade para levar a cabo a integración da información clínica, e revisar a organización dos servizos e dos profesionais sen que isto supoña unha distorsión na súa actividade clínica.

Os beneficios que derivan da utilización da HCE son, entre outros, a mellora da eficiencia e da calidade da atención sanitaria, a facilidade para integración e continuidade da asistencia e o soporte para a análise da actividade clínica, a epidemioloxía, a docencia e a investigación. Mención especial debe facerse á mellora da accesibilidade, a posible concorrencia dos profesionais no acceso á información e as vantaxes na seguridade e confidencialidade, o que sen dúbida

repercute nunha maior confianza dos cidadáns no sistema sanitario.

No entanto, este tipo de proxectos enfróntase a grandes retos, fundamentalmente debidos á súa complexidade organizativa, derivados da necesidade de estar a información que se precise accesible para todos os profesionais do sistema sanitario implicados na atención aos pacientes, á súa duración no tempo e tamén, ao importantísimo esforzo en investimentos en TIC que supón para a noso sistema sanitario.

Para planificar a súa execución, elaborouse unha folla de ruta, o Plano Alicerce, no que se explicitan de xeito exhaustivo os obxectivos a acadar xunto co seu cronograma, as actividades que hai que desenvolver e os responsables de acada-las. Ademais, establécese un protocolo para a avaliación e o seguimento da implantación que nos permita medir a intensidade do cambio, detectar posibles desviacións e poñer en marcha as medidas correctoras pertinentes.

Para implantar este proxecto de HCE, foi preciso realizar unha serie de actuacións previas durante estes

últimos anos, como a identificación única do cidadán en todos os sistemas de información, a acreditación e sinatura electrónica do profesional sanitario, a homoxeneización da plataforma e sistemas de información existentes en todos os centros asistenciais, o seguimento estrito dos mecanismos de seguridade e confidencialidade nos sistemas informáticos de rexistro dos datos esixidos pola normativa vixente, e a normalización da documentación xerada polos profesionais da saúde.

A identificación única do cidadán en todos os sistemas de información realízase mediante a tarxeta sanitaria individual, que é o documento que acredita o usuario para o acceso ao sistema sanitario. Este sistema xurdiu no ano 1995 como un rexistro actualizado de poboación beneficiaria da asistencia sanitaria xestionada polo Sergas, dotando cada cidadán dun documento tecnolóxico que cumpre funcións identificativas e de acreditación.

A identificación de cada cidadán é unívoca, mediante a asignación dun código de identificación persoal, o denominado CIP. Na actualidade, este sistema poboacional recolle os datos de aproximadamente 2.700.000 galegos e galegas con dereito á asistencia sanitaria, practicamente a totalidade da poboación.

A incorporación dun cidadán á base de datos de tarxeta ocorre desde o momento en que a persoa solicita unha tarxeta sanitaria e faise sempre vinculado a unha cota médica, polo que desde ese momento, e a través desa cota, quedan definidas as derivacións dese cidadán, tanto aos servizos de atención primaria como de especializada.

Como todo sistema en continua evolución, é necesario mantelo actualizado, para o que se utiliza unha plataforma informática que facilita a interconexión con outros sistemas, permitindo realizar modificacións en tempo real desde diferentes puntos da rede.

A través deste sistema os profesionais poden acceder aos datos dos cidadáns, coa característica particular de que se poden elaborar listas de traballo o que posibilita unha maior axilidade na consulta do seu historial clínico.

A identificación única dos profesionais establécese a través dun código numérico persoal (CNP). O CNP incorpórase en todos os procesos informáticos e nos documentos físicos e electrónicos en que sexa preciso a identificación destes.

Para a acreditación e sinatura electrónica dos profesionais que no desempeño das súas funcións precisen acceder ás historias clínicas dos pacientes e realizar anotacións nelas, incorporase a Tarxeta Sanitaria Individual un certificado electrónico de identidade de persoa física (clase 2) emitido pola Real Fábrica Nacional

de Moeda e Timbre que pode ser utilizado como sinatura electrónica e chave de acceso seguro aos sistemas informáticos polos profesionais que manexan a HCE. A sinatura dixital permite identificar o autor e garantir a integridade do documento dixital; deste xeito, os documentos asinados electronicamente teñen a mesma validez xurídica que os documentos manuscritos.

Nos escenarios onde o soporte papel permaneza como o vehículo de comunicación entre os facultativos e os diferentes axentes, no caso de documentos asinados dixitalmente, susceptibles de ser impresos, habílanse medidas técnicas para que tales documentos, en forma impresa, teñan o mesmo valor xurídico que os asinados de forma manuscrita, así como facilitar os medios para que o receptor dese tipo de documentos poida validar tanto o seu contido como a súa sinatura.

Os profesionais que participan no diagnóstico e tratamento dos pacientes poden acceder aos datos da HCE sempre que exista constancia dunha actividade asistencial, existindo controis que garanten o acceso á información do cidadán. Existe un rexistro polo miúdo dos accesos que realiza cada profesional ás historias clínicas, podendo acceder aos datos da HCE dos cidadáns ben por estar anotados nas correspondentes axendas de citación, por figurar no rexistro de pacientes hospitalizados no servizo en que desenvolven a súa actividade ou nas urxencias. No resto dos casos, os profesionais poden acceder aos datos sempre e cando exista unha xustificación, que deberá ser explícita, asinando dixitalmente este acceso e quedando constancia en todo momento no rexistro informático correspondente.

Outra das actuacións que se tiveron que desenvolver foi a homoxeneización da plataforma e sistemas de información existentes en todos os centros asistenciais, implantando un amplo conxunto de aplicacións corporativas. As liñas estratéxicas perseguidas por este proxecto de homoxeneización pódense resumir en centralizar a xestión e desenvolvemento dos sistemas de información, creando un catálogo de aplicacións do Sergas, homoxeneizar e equilibrar a utilización destes sistemas en todos os hospitais da rede, evitar ineficiencias de coordinación e dispoñibilidade da información, dar unha visión única do sistema a través dunha actualización global e coordinada de todas as aplicacións instaladas nos centros da rede, facilitar unha normalización corporativa dos procesos organizativos e xestionar o custo global da operación dos sistemas.

A normalización da documentación xerada polos profesionais da saúde realizouse mediante a creación de tres tipos de grupos de traballo: un de expertos en documentación clínica; outro de clínicos asesores,

específico para cada especialidade e finalmente; e outro de interlocutores, constituído por un representante en cada un dos centros asistenciais.

O procedemento de recollida dos datos está baseado na utilización da denominada linguaxe estruturada, consistente nun guión estruturado ou modelo. Os modelos elaborados son específicos de cada especialidade, aínda que algúns son necesariamente compartidos por profesionais de especialidades diferentes. Consisten en formularios preestablecidos de tipo mixto, é dicir, con epígrafes de contestación libre combinadas con outras de respostas únicas ou múltiples.

Todos os modelos teñen un manual de uso onde se establecen os ámbitos e perfís profesionais de uso, tanto para a súa escritura como para a consulta da información, os nodos da árbore de IANUS aos que vai asociada (hospitalización, consultas, cirurxía ambulatoria, urxencias, etc.), e, finalmente, as normas para cubrir cada unha das epígrafes.

Realizouse tamén un traballo consistente na adopción de criterios sobre a linguaxe e a terminoloxía empregada, denominado glosario de termos, consistente na recompilación, clasificación e definición dos termos empregados coa finalidade de normalizar o seu contido e facilitar a súa interpretación por parte dos profesionais.

A presentación dos datos está condicionada polas necesidades e o contexto dos usuarios do sistema. O proxecto IANUS conta como condición fundamental coa sinatura electrónica dos profesionais, polo que para o seu traballo habitual non se precisa da impresión dos documentos en soporte papel, sendo as vistas, é dicir, a presentación na pantalla do ordenador dos modelos o procedemento empregado. Soamente se precisa a súa impresión en papel cando este deba ser entregado ao paciente ou a terceiras persoas, ou nos casos en que sexa imprescindible a súa sinatura por parte do paciente (consentimentos informados, follas de inclusión en lista de espera, etc.). Nestes casos, as vistas transfórmanse en informes, cun deseño propio e adaptado para a súa impresión en soporte papel.

Este procedemento persoal de captura dos datos complementábase con outro non persoal, consistente na captura da información directamente desde dispositivos e máquinas, verténdose directamente no sistema. Na actualidade, a maioría dos dispositivos que xeran imaxe dixital dispoñen de interfaces que permiten a captura directa, solucionándose os problemas de

compatibilidade mediante o emprego dun protocolo estándar (DICOM), sobre o que traballan os sistemas de arquivo e recuperación.

Polo tanto, a recollida de datos en realidade é a integración da información xerada polos profesionais xunto coa procedente das diferentes aplicacións, en distinto momento e lugar. A integración de toda esta información precisa dun identificador do usuario do sistema que sexa inequívoco e unívoco que é o sistema empregado de acreditación dos profesionais.

Para o seguimento estrito dos mecanismos de seguridade e confidencialidade nos sistemas informáticos, nos últimos anos publicáronse unha serie de normativas para garantir que os datos dos pacientes non sexan destruídos durante toda a súa vida, garantindo, pola súa vez, a privacidade, veracidade, seguridade e recuperación. Para evitar perdas, nos casos de desastre, contamos cun sistema de replicación e recuperación dos datos ante a aparición destas posibles incidencias.

A HCE é admitida expresamente como soporte da información de saúde das persoas. Conforme a normativa sobre protección de datos, é obrigatorio informar o interesado da existencia da HCE e da identidade e enderezo do seu responsable. O tratamento informatizado dos datos da historia clínica non esixe o consentimento do interesado.

Non nos podemos esquecer da participación dos cidadáns. A normativa actual establece que o paciente ten dereito a acceder aos datos consignados na súa historia clínica, calquera que sexa o seu soporte, coa excepción dos datos confidenciais que afecten a terceiras persoas, das anotacións subxectivas que os profesionais realicen na historia clínica e dos datos cuxo acceso deba limitarse ao paciente por razóns xustificadas de necesidade terapéutica.

Este proxecto de HCE (IANUS) posibilita e permite a participación activa dos cidadáns no proceso sanitario, dado que este poderá acceder a todos os seus datos independentemente de onde se atope, solucionando deste xeito os problemas derivados da súa mobilidade. Ademais, estes datos non poderán ser modificados, polo que a fiabilidade é absoluta, así como a confidencialidade da información, polo que poderá recibir unha mellor e máis completa atención, evitando a repetición de probas innecesarias coas vantaxes que isto supón para o propio paciente e para o sistema sanitario.

PROCEDEMENTO DE NORMALIZACIÓN DA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

■ CIRCUÍTO DE NORMALIZACIÓN

Naqueles centros en que se implante IANUS, deberá ser nomeado un responsable de documentación clínica (interlocutor), o que se fará constar na acta de implantación.

Cómpre establecer unha política de comunicación para que os profesionais coñezan quen é o interlocutor do seu centro para a normalización da documentación clínica electrónica.

A documentación clínica en papel para normalizar e trasladar a formato electrónico remítana os profesionais aos interlocutores de cada centro quen, pola súa vez, serán os encargados de trasladala á Subdirección Xeral de Información e de Servizos Tecnolóxicos (SXIST) (Servizo de Análise e Normalización da Información), que será a unidade responsable de remitírllela ao grupo de traballo de documentación clínica (GTDC) e aos grupos clínicos asesores (GCA).

No prazo máximo de cinco días laborables desde o envío da documentación ao GTDC e ao GCA, a SXIST convocará unha sesión de normalización co GTDC e o GCA da especialidade correspondente. Xérase unha acta coas decisións adoptadas na sesión, na que se inclúe:

- A relación de documentos presentados, indicando a decisión tomada para cada documento.
- Nos casos de rexeitamento, deben especificarse os motivos.
- Nos casos de aprobación, debe anexarse a proposta de documento normalizado, xunto co seu manual de uso, que inclúa:
 - O nome do documento en IANUS.
 - Os ámbitos de uso (un/varios/todos os servizos e un/varios/todos os centros).
 - Os perfís profesionais que estarán autorizados para acceder á súa escritura e consulta.
 - Os nodos da árbore de IANUS aos que irá asociado.
 - As normas para cubrir cada epígrafe do documento.

A SXIST remitirá a proposta de documento normalizado aos interlocutores de cada centro para que o distribúan aos facultativos da especialidade e fagan as alegacións que estimen oportunas, no prazo máximo de cinco días laborables desde o seu envío.

En caso de que se reciban alegacións dentro do prazo establecido, a SXIST remitirallas ao GTDC para que decida a súa resolución.

As decisións adoptadas rexistraranse nun anexo á acta de acordos da sesión correspondente. Os documentos normalizados ou as modificacións sobre os xa existentes incorporaranse ao IANUS no prazo máximo de 10 días laborables.

O GTDC de acordo cos GCA, poderá propoñer que a Secretaría Xeral da Consellería de Sanidade lle solicite á sociedade médica correspondente o aval dos documentos normalizados.

■ COORDINADOR E GRUPOS DE TRABAJO

COORDINADOR DOS GRUPOS DE TRABAJO

Eladio Andión Campos

Xefe do Servizo de Análise e Normalización da Información.
Subdirección Xeral de Información e de Servizos Tecnolóxicos.

Funcións do coordinador dos grupos de traballo:

- Recibir dos interlocutores de cada centro as propostas de documentación en papel para normalizar e trasladar a formato electrónico.
- Remitirles as propostas de documentación en papel ao GTDC e aos GCA.
- Convocar o GTDC e os GCA ás sesións de normalización.
- Elaborar a acta das sesións de normalización, na que se inclúa a proposta do documento normalizado e o seu manual de uso.
- Remitir a acta das sesións de normalización aos interlocutores de cada centro para que formulen alegacións.
- Recibir dos interlocutores de cada centro as alegacións e trasladarllas ao GTDC para a súa resolución.
- Remitirle os documentos normalizados á Unidade de Tecnoloxías de Información para a súa elaboración en formato electrónico.

GRUPO DE TRABAJO DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Na relación seguinte preséntase o nome e o centro de traballo dos profesionais expertos en documentación clínica que participaron nas sesións de normalización. As datas que figuran debaixo recollen o ámbito temporal da súa participación neste proxecto.

Miguel Costas Sueiras

C.H. Universitario Juan Canalejo
13/7/2005 - 5/6/2006

O GCA será o encargado de presentar os documentos normalizados á sociedade médica correspondente.

Con anterioridade ao establecemento deste circuíto de normalización procedeuse á elaboración dunha documentación xeral, na que se incluíron [as epígrafes da anamnese e exploración física](#), [o protocolo cirúrxico](#), [o informe de alta](#), [o informe médico](#), [o informe de traslado e o parte de lesións ao Xulgado de Garda](#).

Ignacio Juanatey Dorado

C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.
13/7/2005 - 8/6/2006

Ángel Facio Villanueva

C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.
26/6/2006 - 12/7/2006

Jesús Conde Freire

C.H. Xeral-Calde.
15/11/2005 - 23/6/2006

Román García de la Infanta

C.H. de Ourense.
13/7/2005 - 31/3/2006

José Falagán Mota

C.H. de Pontevedra
13/7/2005 - 13/12/2005

Marta Carbajo Vicente

C.H. Universitario de Vigo
13/7/2005 - 7/11/2005

Mar Díaz Terciado

C.H. Universitario de Vigo.
13/12/2005 - 27/1/2006

M^a Holanda Rodríguez Vázquez

C.H. Universitario de Vigo.
11/2/2006 - 12/7/2006

Ramón Ares Rico

División de Asistencia Sanitaria.
13/12/2005 - 10/2/2006

Funcións do Grupo de Traballo de Documentación Clínica:

- Constituír e coordinar os grupos clínicos asesores, seleccionando os profesionais máis axeitados de cada especialidade, e priorizando aqueles que formen parte das sociedades científicas.
- Elaborar, conxuntamente co GCA, as propostas de normalización do deseño e contidos dos documentos que se incorporen á historia clínica electrónica.
- Elaborar o glosario de termos da documentación clínica electrónica.

- Resolver as alegacións que se formulen das propostas de documentos normalizados.
- Propoñer que a Secretaría Xeral da Consellería de Sanidade lle solicite á sociedade médica correspondente o aval dos documentos normalizados.

GRUPOS CLÍNICOS ASESORES

Alergoloxía

Antonio Parra Arrondo
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Carmen Vidal Pan
C.H. Universitario de Santiago.

Pilar Iriarte Sotes
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Celsa Pérez Carral
Hospital da Costa.

María del Mar García Álvarez-Eire
C.H. de Ourense.

Teresa Soto Mera
C.H. de Pontevedra.

Carmen Marcos Bravo
C.H. Universitario de Vigo.

Anestesioloxía e Reanimación

Lucinda Encinar Arias
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Manuel Alberto Camba Rodríguez
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Amadeo Toledo Presedo
C.H. Xeral-Calde.

Ricardo Bermejo Díaz de Rábago
C.H. Xeral-Calde.

Carlos Izquierdo Gutiérrez
C.H. de Ourense.

Ricardo Mallo Fernández
C.H. de Pontevedra.

Raúl Vilar Narváez
C.H. Universitario de Vigo.

Rafael Pita-Romero Caamaño
C.H. Universitario de Vigo.

Anxioloxía e Cirurxía Vascular

Ramón Segura Iglesias
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Manuel Martínez Pérez
C.H. Universitario de Santiago.

José María García Colodro
C.H. Xeral-Calde.

Francisco Javier Molina Herrero
C.H. de Ourense.

Raúl García Casas
C.H. de Pontevedra.

Begoña Torrón Casa
C.H. Universitario de Vigo.

Aparello Dixestivo

José Luis Vázquez Iglesias
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Alfonso Dopico López
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Ángel Lancho Seco
C.H. Xeral-Calde.

Eloy Sánchez Hernández
C.H. de Ourense.

Juan Clofent Vilaplana
C.H. Universitario de Vigo.

Abel Pallarés Peral
C.H. Universitario de Vigo.

Cardioloxía

Nicolás Vázquez González
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Antonio Amaro Cendón
C.H. Universitario de Santiago.

Alejandro Virgós Lamela
C.H. Universitario de Santiago.

Alejandro Mesías Prego
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Juan Carlos Yáñez Wonenburger
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Alberto García Castelo
C.H. Xeral-Calde.

José Antonio Lombán Villanueva
Hospital da Costa.

Manuel Pérez Rodríguez
C.H. de Ourense.

Cirurxía Cardíaca

José Joaquín Cuenca Castillo
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Javier García Carro
C.H. Universitario de Santiago.

Antonio Cabrera Toledo
C.H. Universitario de Vigo.

Cirurxía Xeral e Dixestiva

Germán Adrio Díaz
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

María Redondo Ferreiro
C.H. de Ourense.

Manuel Martínez Alarcón
C.H. de Pontevedra.

José Manuel Nuño Vázquez-Garza
C.H. Universitario de Vigo.

Cirurxía Maxilofacial

José Luis López-Cedrún Cimbranos
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Cirurxía Pediátrica

Manuel Adolfo Gómez Tellado
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Cirurxía Plástica

Luis F. Zaera de la Vega
C.H. Xeral-Calde.

Reyes Trillo Bravo
C.H. Universitario de Vigo.

Cirurxía Torácica

José María Borro Maté
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Miguel Ángel Cañizares Carretero
C.H. Universitario de Vigo.

Dermatoloxía

Eduardo Fonseca Capdevila
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Dolores Sánchez-Aguilar Rojas
C.H. Universitario de Santiago.

Cristina de las Heras Soto
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Mercedes Lueiro Vilariño
C.H. Xeral-Calde.

Carlos de la Torre Fraga
C.H. de Pontevedra.

Ander Zulaica Gárate
C.H. Universitario de Vigo.

Francisco Allegue Rodríguez
C.H. Universitario de Vigo.

Endocrinoloxía

Segundo Jorge Méndez
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Alfonso Soto González
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Rafael Araujo Ayala
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Manuel Botana López
C.H. Xeral-Calde.

Hematoloxía

Miguel Ángel Amor Otero
C.H. Universitario Juan Canalejo.

José Manuel Sánchez Varela
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

José Manuel Paz Carreira
C.H. Xeral-Calde.

M^a José Allegue Vilaso
C.H. de Pontevedra.

Alejandro Martínez Dalmau
C.H. Universitario de Vigo.

Hospitalización a Domicilio

Miguel A. Silva César
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Eugenia Ameneiros Lago
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

M^a José Cereijo Quinteiro
C.H. Xeral-Calde.

Ángeles Castillo Losada
C.H. de Ourense.

Isidro Caballería Palau
C.H. de Pontevedra.

Luis Amador Barciela
C.H. Universitario de Vigo.

Tomás Ardid Posada
C.H. Universitario de Vigo.

Medicina Interna

José Carlos García Martín
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Fernando de la Iglesia Martínez
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Pascual Sesma Sánchez
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Ramón Rabuñal Rey
C.H. Xeral-Calde.

Ovidio Fernández Álvarez
C.H. de Ourense.

Luis Piñeiro Gómez-Durán
C.H. de Pontevedra.

José Ramón Larrañaga Fernández
C.H. Universitario de Vigo.

Medicina Intensiva

José García Pardo
C.H. Universitario Juan Canalejo.

José Manuel Gutiérrez Cortés
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Dolores Vila Fernández
C.H. Universitario de Vigo.

Carlos Vara Pérez
C.H. Universitario de Vigo.

Medicina Preventiva

Teresa Jiménez Martínez
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Virginia Lorenzo García
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Carlos Quintás Fernández
C.H. Xeral-Calde.

José Uribe Espinosa
C.H. de Ourense.

Francisco Vázquez Vizoso
C.H. de Pontevedra.

Rosa Fungueiriño Suárez
C.H. de Pontevedra.

Margarita Cueto Baelo
C.H. Universitario de Vigo.

Nefroloxía

Carlos Alberto Trasancos Fernández
C.H. Universitario Juan Canalejo.

M^a Fernanda Arrojo Alonso
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Rosa Ranero Dáz
C.H. Xeral-Calde.

Antonio Pereira García
C.H. de Pontevedra.

Luis González Rodríguez
C.H. Universitario de Vigo.

José M. Lamas Barreiro
C.H. Universitario de Vigo.

Neurocirurxía

Santiago Amaro Cendón
C.H. Universitario Juan Canalejo.

José Luis Quintela Bermúdez
C.H. Universitario de Vigo.

Neurofisioloxía Clínica

Catía María Martínez Barjas
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Antonio Martínez Figueroa
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Alberto Fernández Lastra
C.H. Xeral-Calde.

Saioa San Martín Sierra
C.H. de Ourense.

José María Fernández Rodríguez
C.H. Universitario de Vigo.

Neuroloxía

M^a Carmen Lema Devesa
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Dolores Dapena Bolaño
C.H. Universitario de Santiago.

Mercedes Macías Arribí
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Guillermo Ozaita Arteche
C.H. de Ourense.

José Ramón Rodríguez Álvarez
C.H. de Pontevedra.

Jesús Romero López
C.H. Universitario de Vigo.

Obstetricia

José L. Gómez Parga
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Javier Martínez Pérez-Mendaña
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

M^a Dolores Fandiño García
C.H. Xeral-Calde.

Susana Blanco Pérez
C.H. de Ourense.

Jaime Dapena González
C.H. de Pontevedra.

Ángel de la Orden de Frutos
C.H. Universitario de Vigo.

Oftalmoloxía

Manuel Cordido Carballido
C.H. Universitario Juan Canalejo.

M^a Dolores Álvarez Díaz
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Aurora Sayagués Gómez
C.H. Xeral-Calde.

Claudio Moreno García
C.H. de Ourense.

José Severiano Campos García
C.H. Universitario de Vigo.

Oncología Médica

Guillermo Alonso Jaúdenes Curbera
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Yolanda Vidal Ínsua
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Jesús García Mata
C.H. de Ourense.

Isabel Lorenzo Lorenzo
C.H. de Pontevedra.

Joaquín Casal Rubio
C.H. Universitario de Vigo.

Otorrinolaringología

Torcuato Labella Caballero
C.H. Universitario de Santiago.

Antonio Belinchón Adalid
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Jesús Fernández Silva
C.H. de Pontevedra.

Carmelo Santidrián Hidalgo
C.H. Universitario de Vigo.

Pneumología

Marina Blanco Aparicio
C.H. Universitario Juan Canalejo.

M^a José Mejuto Martí
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Luis Pérez de Llano
C.H. Xeral-Calde.

Luis Piñeiro Amigo
C.H. Universitario de Vigo.

Alberto Fernández Villar
C.H. Universitario de Vigo.

Pediatría

Gerardo Rodríguez Valcárcel
C.H. Universitario Juan Canalejo.

José M^a Garrido Pedraz
C.H. de Ourense.

Gonzalo González Lorenzo
C.H. de Pontevedra.

José Antonio Couceiro Gianzo
C.H. Universitario de Vigo.

Psiquiatría

Manuel Espiñeira Álvarez
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Antonio Núñez Pérez
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Luis Vila Pillado
C.H. Xeral-Calde.

Ignacio Gómez Reino
C.H. de Ourense.

Purificación Sevilla Formariz
C.H. de Ourense.

José María Blanco Lobeiras
C.H. de Pontevedra.

Félix Javier Pérez Montoto
C.H. Universitario de Vigo.

Psicología Clínica

Gonzalo Martínez Sande
C.H. Universitario Juan Canalejo.

M^a José Ramil Fraga
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Isabel Rodríguez Sobrino
C.H. de Ourense.

Estrella González Gómez
C.H. de Pontevedra.

Irene Esperón Rodríguez
C.H. Universitario de Vigo.

José M^a Alonso Ramos
Secretaría Xeral do Sergas.

Radiodiagnóstico

María José Martínez-Sapiña Llamas
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Marcelino del Castillo Fraile
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Julio Rodríguez Gracia
C.H. Xeral-Calde.

Luis Puig Pérez-Quevedo
C.H. de Pontevedra.

Pedro Sanjurjo de la Fuente
C.H. Universitario de Vigo.

Juan Manuel Vieito Fuentes
C.H. Universitario de Vigo.

Rehabilitación

M^a Concepción Baamonde Pedreira
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Alfonso Tobío Iglesias
C.H. de Pontevedra.

Antonio Calderón González
C.H. Universitario de Vigo.

Reumatoloxía

Jenaro Graña Gil

C.H. Universitario Juan Canalejo.

Francisco Javier de Toro Santos

C.H. Universitario Juan Canalejo.

José Luís Guerra Vázquez

C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Carlos García Porrúa

C.H. Xeral-Calde.

Manuel Rodríguez Gómez

C.H. de Ourense.

Juan Antonio Cruz Martínez

C.H. de Pontevedra.

Iñigo Hernández Rodríguez

C.H. Universitario de Vigo.

Traumatoloxía

Luis Antonio García Rodríguez

C.H. Universitario Juan Canalejo.

Laureano Otero Soengas

C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Luis Quevedo García

C.H. Xeral-Calde.

José Ignacio Serantes González

C.H. de Pontevedra .

José Manuel Galdo Pérez

C.H. Universitario de Vigo.

Uroloxía

Venancio Chantada Abal

C.H. Universitario Juan Canalejo.

Manuel Villar Núñez

C.H. Universitario de Santiago.

Miguel Ángel Cuerpo Pérez

C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Alberto Barreiro Mouro

C.H. de Ourense.

Máximo Castro Iglesias

C.H. de Pontevedra.

José Manuel Barros Rodríguez

C.H. Universitario de Vigo.

Juan Mata Varela

C.H. Universitario de Vigo.

Xeriatria

Fernando Veiga Fernández

C.H. Xeral-Calde.

Carlos Rodríguez Pascual

C.H. Universitario de Vigo.

Xinecoloxía

José L. Gómez Parga

C.H. Universitario Juan Canalejo.

Javier Martínez Pérez-Mendaña

C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

M^a Dolores Fandiño García

C.H. Xeral-Calde.

Susana Blanco Pérez

C.H. de Ourense.

Roberto Rodríguez Núñez

C.H. de Ourense.

Jaime Dapena González

C.H. de Pontevedra.

Ángel de la Orden de Frutos

C.H. Universitario de Vigo.

Funcións dos grupos clínicos asesores:

- Elaborar, conxuntamente co GTDC, as propostas de normalización do deseño e contidos dos documentos que se incorporen á historia clínica electrónica.
- Presentar os documentos normalizados á sociedade médica correspondente para a obtención do seu aval.

GRUPO DE INTERLOCUTORES

Enrique Míguez Rey

C.H. Universitario Juan Canalejo.

Miguel Costas Sueiras

C.H. Universitario Juan Canalejo.

Fernando Pampín Conde

F.P. Hospital Virxe da Xunqueira.

Félix Rubial Bernárdez

C.H. Universitario de Santiago.

José A. Díaz Peromingo

F.P. Hospital da Barbanza.

Ignacio Juanatey Dorado

Área de Ferrol.

Jesús Conde Freire

C.H. Xeral-Calde.

Carmen González Mon

Hospital da Costa.

Fernando Gómez Pérez

Hospital Comarcal de Monforte.

Román García de la Infanta
C.H. de Ourense.

Pablo Deramond Mundaca
Hospital Comarcal de Valdeorras.

Francisco Javier Puente Prieto
F.P. Hospital de Verín.

José Falagán Mota
C.H. de Pontevedra.

Carmen Sixto da Silva
C.H. de Pontevedra.

Belén Sánchez Rodríguez
F.P. Hospital Comarcal do Salnés.

José Otero Varela
C.H. Universitario de Vigo.

Funcións do Grupo de Interlocutores:

- Participar na reunión de constitución do comité de implantación de IANUS no seu centro.
- Establecer unha política de comunicación activa cos profesionais do seu centro coa finalidade de facilitar a implantación de IANUS.
- Recibir as propostas dos facultativos dos documentos en papel para normalizar e trasladar a formato electrónico.
- Remitir as propostas dos documentos normalizados resultantes das sesións de normalización, e trasladarllelas aos facultativos para que formulen alegacións.
- Remitirlle as alegacións formuladas polos facultativos á SXIST.

CONTIDO DOS MANUAIS DE USO DOS DOCUMENTOS

Nos manuais de uso dos documentos recóllense os ámbitos de uso (nome do servizo hospitalario), os nodos da árbore de IANUS aos que irá asociada (hospitalización, consultas externas, intervencións ambulatorias, urxencias) e os perfís profesionais de uso, tanto para a escritura como para a súa consulta.

As normas para cubrir o documento son os criterios que se deben utilizar para a introdución dos datos nas distintas epígrafes dos documentos, coa finalidade de garantir a uniformidade e facilitar a súa lectura e interpretación a todos os profesionais que os consulten.

En primeiro lugar, establécese o tipo de campo de que se trata (texto, numérico, check único, check múltiple, check numérico, combo ou data), a fórmula de cálculo, no caso de campos numéricos calculados a partir doutros, se o campo é excluínte ou non excluínte e, para rematar, se é de rexistro obrigatorio ou non obrigatorio.

■ TIPOS DE CAMPOS

■ Texto

Permite a introdución de texto, datos numéricos e datas de forma libre.

Exemplo:

Motivo de asistencia

Paciente de 45 anos de idade que acode á consulta por presentar desde o 15 de xullo de 2005...

■ Numérico

Permite a introdución de datos numéricos, enteiros ou con decimais. Tamén pode tratarse dun campo numérico con valores calculados, procedentes doutros campos numéricos. Neste campos sempre se indica, despois do nome, a unidade de medida na que se deben rexistrar os datos.

Exemplo:

Talle (cm) Datos numéricos introducidos

Exemplo:

IMC Datos numéricos calculados = Peso / Talle²

Índice de masa corporal

Ademais, nos manuais de uso figura, entre parénteses, o número de decimais cos que se expresa.

Exemplo:

Talle

Numérico (0); significa que se trata dun valor numérico sen decimais.

Exemplo:

IMC

Numérico (2); significa que se trata dun valor numérico con dous decimais.

■ Check único

Permite sinalar, facendo “clic” co rato sobre el, a presenza dun determinado termo. Os termos non sinalados non figurarán no modelo cando este se asine.

Exemplo:

Claudicación neuróxena Claudicación neuróxena presente

Exemplo:

Claudicación neuróxena Non hai claudicación neuróxena

■ Check múltiple

Permite elixir, facendo “clic” co rato sobre el, un ou varios termos dentro dunha lista de termos posibles. Os termos non sinalados non figurarán no modelo cando este se asine.

Exemplo:

Parálise facial vexetativa

Salivar Parálise salivar

Lacrimal Non hai parálise lacrimal

Gustativa Parálise gustativa

Outras Non hai outras parálises

■ Check numérico

Permite elixir, facendo “clic” co rato sobre el, o valor asociado a un termo dentro dunha lista de termos posibles. Os termos non sinalados non figurarán no modelo cando este se asine. No exemplo seguinte a selección de “A orde” é equivalente a introdución dun valor numérico 3.

Exemplo:

APERTURA DE OLLOS	valoración
Espontánea	4 <input type="checkbox"/>
A orde	3 <input checked="" type="checkbox"/>
A dor	2 <input type="checkbox"/>
Ausencia de resposta	1 <input type="checkbox"/>

■ Combo

Permite elixir só un termo dentro dunha lista de termos posibles.

Exemplo:

Decisión ante a intervención

A opción elixida foi “Aceptada con ingreso”

Aceptada con CMA

Demorada

Rexeitada

As listas de valores figuran nas normas para cubrir o documento.

■ Data

Permite a introdución de datas, nos formatos día/mes/ano (dd/mm/aaaa) ou ben hora/minuto (hh:mm). Tamén pode tratarse dun campo data con valores calculados, procedentes doutros campos data, ou numéricos que contabilicen días.

Exemplo:

DUR (dd/mm/aaaa) Data introducida

Data da última regra

Exemplo:

DPP (dd/mm/aaaa) Data calculada = DUR + 280 días

Data probable do parto

Exemplo:

Hora de inicio (hh:mm)

■ Debuxo

Permite o debuxo á man alzada.

Exemplo:

ESQUEMA DA INTERVENCIÓN CIRÚRXICA

■ Datos excluíntes/non excluíntes

■ Datos excluíntes

Datos excluíntes significa que a elección dun valor imposibilita a elección doutro.

Exemplo:

Taquicardia Bradicardia Opción válida

Taquicardia Bradicardia Opción válida

Taquicardia Bradicardia Opción non válida

Exemplo:

SI NON Opción válida

SI NON Opción válida

SI NON Opción non válida

■ Datos non excluíntes

Datos non excluíntes significa que a elección dun valor non imposibilita a elección doutro.

Exemplo:

MS MI Opción válida

MS MI Opción válida

MS MI Opción válida

MS: Membro superior/ MI: Membro inferior.

■ CAMPOS OBRIGATORIOS/ NON OBRIGATORIOS

■ Campos obrigatorios

Campos obrigatorios significa que o modelo non se pode asinar se o campo non se cobre con algún valor.

Nos documentos de anamnese e exploración física/clínica son campos obrigatorios os seguintes: motivo de asistencia, antecedentes, alerxias, enfermidade actual, xuízo clínico e plan terapéutico.

Exemplo:

MOTIVO DE ASISTENCIA

Paciente de 45 anos de idade que acode á consulta por presentar desde o 15 de xullo de 2005...

O modelo pódese asinar.

Exemplo:

MOTIVO DE ASISTENCIA

O modelo non se pode asinar.

■ Campos non obrigatorios

Campos non obrigatorios significa que o modelo se pode asinar aínda que o campo non se cubra con ningún valor. Os campos non obrigatorios baleiros non figurarán no modelo cando este se asine.

Son campos non obrigatorios os seguintes: anamnese por aparellos, exploración física e plan diagnóstico.

Exemplo:

EXPLORACIÓN FÍSICA

O modelo pódese asinar e o campo non figurará no modelo cando este se asine.

GLOSARIO DE TERMOS

Este glosario é unha recompilación dos termos que se inclúen nas follas de anamnese coa finalidade de facilitar a súa interpretación aos profesionais.

Nesta primeira edición figuran só os termos das follas de anamnese exploración física/clínica, aínda que máis adiante incluirá os termos presentes en toda a documentación clínica.

De cada un dos termos preséntase o nome completo (no caso de que sexa unha abreviatura ou sigla), a descrición (dentro do contexto no que o termo figura na documentación), as unidades de medida (no caso dos termos numéricos), a fórmula de cálculo (no caso dos termos numéricos calculados), as epígrafes onde aparecen e, finalmente, os servizos que o incluíron.

A

A

Descrición

Descrición topográfica das lesións venosas periféricas do sistema venoso afectado.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

ANXIOLOXÍA E CIRURXÍA VASCULAR

A termo**Descrición**

Embarazo comprendido entre as 37 e as 42 semanas completas de xestación.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo

OBSTETRICIA / XINECOLOXÍA

Abdución**Descrición**

Movemento activo ou pasivo que afasta un membro do plano medio.

Unidades

graos

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

Ablación por RF**Nome completo**

Ablación por radiofrecuencia.

Descrición

Destrución dos tecidos pola calor xerada por ondas de radio.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo

CARDIOLOXÍA

Abortos**Descrición**

Interrupción da xestación, por causas naturais ou provocadas, antes da semana 20 de xestación ou cando o peso do feto é inferior a 500 gramos.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo

HEMATOLOXÍA CLÍNICA / OBSTETRICIA / XINECOLOXÍA

Accidente cerebrovascular agudo**Descrición**

Síndromes clínicas neurolóxicas de aparición súbita ocasionadas por lesións isquémicas ou hemorráxicas.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo

HEMATOLOXÍA CLÍNICA

Accidente isquémico transitorio**Descrición**

Síndromes clínicas neurolóxicas de escasa duración ocasionadas por lesións isquémicas ou hemorráxicas.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo

HEMATOLOXÍA CLÍNICA

Ácido acetilsalicílico**Descrición**

Reacción alérxica ao ácido acetilsalicílico, que se presenta cando o sistema inmunolóxico se expuxo con anterioridade ao medicamento e crea anticorpos contra este.

Epígrafe

ALERXIAS

Servizo

CARDIOLOXÍA

Acropaquias**Descrición**

Deformidades dos dedos en maza ou palillo de tambor.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

PNEUMOLOXÍA

Activo**Descrición**

Individuo que realiza unha actividade remunerada.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo

CARDIOLOXÍA

ACTP**Nome completo**

Anxioplastia coronaria transluminal percutánea.

Descrición

Procedemento en que se usa un balón para abrir as arterias coronarias que presentan obstrución ou estreitamento.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo

CARDIOLOXÍA

Acuñaemento**Descrición**

Esmagamento da columna vertebral en forma de cuña.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

REHABILITACIÓN

Adución**Descrición**

Movemento activo ou pasivo que achega un membro ao plano medio.

Unidades

graos

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

ADVP**Nome completo**

Adición a drogas por vía parenteral.

Descrición

Adición a drogas por vía parenteral.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo

APARELLO DIXESTIVO / MEDICINA INTERNA

Agudeza visual corrixida**Descrición**

Valoración da capacidade funcional resultante con corrección óptica.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

OFTALMOLOXÍA

Alcohol**Descrición**

Individuo que consome habitualmente bebidas alcohólicas.

Unidades

gr/día

Epígrafe

ANTECEDENTES PERINATAIS

Servizo

PEDIATRÍA

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo

APARELLO DIXESTIVO / CARDIOLOXÍA / CIRURXÍA MAXILOFACIAL / CIRURXÍA TORÁCICA / MEDICINA INTERNA / MEDICINA INTENSIVA / PNEUMOLOXÍA

ANALÍTICA**Descrición**

Proba consistente na determinación dos valores obtidos de mostras procedentes de materia biolóxica dun individuo.

Epígrafe

PLAN DIAGNÓSTICO

Servizo

MEDICINA INTERNA

Epígrafe

PROBAS COMPLEMENTARIAS

Servizo

ANESTESIOLOXÍA E REANIMACIÓN / APARELLO DIXESTIVO / CIRURXÍA TORÁCICA

ANATOMÍA PATOLÓXICA**Descrición**

Proba consistente no estudo das alteracións macro e microscópicas dos órganos ou tecidos.

Epígrafe

PROBAS COMPLEMENTARIAS

Servizo

CIRURXÍA TORÁCICA

ANESTESIA**Descrición**

Abolición de calquera tipo de sensibilidade.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

ANEURISMA**Descrición**

Ensanchamento ou abombamento anormal dunha porción dunha arteria, que ten relación coa debilidade da parede do vaso sanguíneo.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

ANXIOLOXÍA E CIRURXÍA VASCULAR

Angulación**Descrición**

Medida en graos dunha curva escoliótica.

Unidades

graos

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

REHABILITACIÓN

Ángulo de Cobb**Descrición**

Medida do ángulo da columna vertebral nas desviacións frontais.

Unidades

graos

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

REHABILITACIÓN

ÁNGULO DE FICK**Descrición**

Ángulo formado polo eixe dun metatarsiano co plano de apoio.

Unidades

graos

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

Antepulsión**Descrición**

Tendencia a marchar ou a caer cara adiante, observada nalgúns enfermidades do sistema nervioso.

Unidades

graos

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

Antiagregantes**Descrición**

Substancias que inhiben ou retardan a agregación plaquetaria.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo

APARELLO DIXESTIVO / CIRURXÍA PLÁSTICA / OFTALMOLOXÍA

Antibióticos**Descrición**

Reacción alérxica a un antibiótico que se presenta cando o sistema inmunolóxico se expuxo con anterioridade ao medicamento e crea anticorpos contra este.

Epígrafe

ALERXIAS

Servizo

MEDICINA PREVENTIVA

Anticoagulantes**Descrición**

Substancias que inhiben ou retardan a coagulación do sangue.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo

APARELLO DIXESTIVO / CIRURXÍA PLÁSTICA / OFTALMOLOXÍA

Anticonceptivos**Descrición**

Substancias ou axentes que impiden a fecundación.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo

HEMATOLOXÍA CLÍNICA

Anxina estable**Descrición**

Dor ou molestia no peito ou en áreas adxacentes ocasionada por insuficiente fluxo sanguíneo ao músculo cardíaco.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo

CARDIOLOXÍA

Anxina inestable**Descrición**

Dor ou molestia no peito ou en áreas adxacentes ocasionada por insuficiente fluxo sanguíneo ao músculo cardíaco, que aparece cun limiar de esforzo menor que a anxina estable, incluso en repouso.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo

CARDIOLOXÍA

ANXIOGRAFÍA**Descrición**

Radiografía dos vasos sanguíneos tras a inxección por vía endovenosa dun líquido radiopaco.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

OFTALMOLOXÍA

APACHE II**Nome completo**

Acute Physiology And Chronic Health Evaluation

Descrición

Sistema utilizado para cuantificar a gravidade dun paciente con independencia do diagnóstico.

Epígrafe

ESCALAS

Servizo

MEDICINA INTENSIVA

APEX**Descrición**

Vértice dunha curva escoliótica.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

REHABILITACIÓN

Appar 1'**Descrición**

Exame rápido que se realiza ao primeiro minuto inmediatamente despois do nacemento para determinar a condición física do recém nado.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERINATAIS

Servizo

PEDIATRÍA

Appar 5'**Descrición**

Exame rápido que se realiza aos cinco minutos inmediatamente despois do nacemento para determinar a condición física do recém nado.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERINATAIS

Servizo

PEDIATRÍA

Appar 10'**Descrición**

Exame rápido que se realiza aos dez minutos inmediatamente despois do nacemento para determinar a condición física do recém nado.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERINATAIS

Servizo

PEDIATRÍA

Apley 1

Descrición
Proba para valorar a mobilidade activa do ombro.

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
TRAUMATOLOXÍA

Apley 2

Descrición
Proba para valorar a mobilidade activa do ombro.

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
TRAUMATOLOXÍA

Apneas

Descrición
Suspensión transitoria da respiración.

Epígrafe
ANAMNESE POR APARELLOS

Servizo
PNEUMOLOXÍA

AR

Nome completo
Amplitude respiratoria

Descrición
Medida do aumento do diámetro do tórax desde a posición de repouso ata unha inspiración forzada.

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
REUMATOLOXÍA

Artificial

Descrición
Fecundación que ten lugar pola inxección do seme no útero mediante unha xiringa ou se realiza fóra do corpo por medio de técnicas de laboratorio.

Epígrafe
ANTECEDENTES PERINATAIS

Servizo
PEDIATRÍA

ASA

Nome completo
American Society of Anesthesiologists

Descrición
Escala de clasificación que utiliza a American Society of Anesthesiologists (ASA) para estimar o risco da anestesia segundo os distintos estados do paciente.

Epígrafe
VALORACIÓN DO RISCO ANESTÉSICO

Servizo
ANESTESIOLOXÍA E REANIMACIÓN / MEDICINA INTENSIVA

Astenia

Descrición
Falta ou perda de forza.

Epígrafe
ENFERMIDADE ACTUAL

Servizo
TRAUMATOLOXÍA

AUSCULTACIÓN CARDÍACA

Descrición
Exame físico que consiste en escoitar os sons producidos dentro da cavidade cardíaca.

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
CIRURXÍA TORÁCICA / PNEUMOLOXÍA

AUSCULTACIÓN PULMONAR

Descrición
Exame físico que consiste en escoitar os sons producidos dentro dos pulmóns.

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
CIRURXÍA TORÁCICA / PNEUMOLOXÍA

Avaliación do estado nutricional

Descrición
Valoración do nivel de saúde dun individuo desde o punto de vista nutricional, mediante datos clínicos, antropométricos e bioquímicos.

Epígrafe
ESCALAS

Servizo
XERIATRÍA

B**BASDAI**

Nome completo
Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index

Descrición
Proba para avaliar a actividade da espondilite anquilosante.

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
REUMATOLOXÍA

BASFI

Nome completo
Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index

Descrición
Proba para avaliar a capacidade funcional das persoas con espondilite anquilosante.

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
REUMATOLOXÍA

BASMI**Nome completo**

Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index

Descrición

Proba para determinar o número mínimo de parámetros clínicos que avalían a mobilidade da columna vertebral na espondilite anquilosante.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

REUMATOLOXÍA

BASRI**Nome completo**

Bath Ankylosing Spondylitis Radiology Index

Descrición

Índice radiolóxico de afectación na espondilite anquilosante.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

REUMATOLOXÍA

BCG**Nome completo**

Bacilo Calmette-Guérin.

Descrición

Vacina liofilizada de bacilos vivos non patóxenos, procedentes dunha cepa de *Mycobacterium bovis* atenuados que ten capacidade para desenvolver unha resposta inmunolóxica fronte ao *Mycobacterium tuberculosis*.

Epígrafe

ANTECEDENTES VACINAIS INMUNITARIOS

Servizo

MEDICINA PREVENTIVA

Bicipital**Descrición**

Flexión do antebrazo cando se percute o tendón do bíceps braquial na flexura do codo.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

BIOMETRÍA**Descrición**

Determinación das dimensións e do poder dióptrico do globo ocular mediante ultrasóns.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

OFTALMOLOXÍA

BIOPSIA**Descrición**

Proceso de extracción de mostras de tecidos dun individuo vivo para o seu exame con fins diagnósticos.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

XINECOLOXÍA

Bioquímica**Descrición:**

Proba diagnóstica baseada na determinación dos valores de parámetros bioquímicos obtidos de mostras procedentes de material biolóxico dun individuo.

Epígrafe

PROBAS COMPLEMENTARIAS

Servizo

ANESTESIOLOXÍA E REANIMACIÓN

Bradycardia**Descrición**

Diminución da frecuencia e do ritmo dos latexos do corazón.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERINATAIS

Servizo

PEDIATRÍA

Brown-Séquard**Descrición**

Enfermidade neurolóxica que afecta á función motora dun lado da medula espiñal, producindo a parálise dun lado do corpo e anestesia no lado oposto.

Epígrafe

VALORACIÓN DAS LESIÓNS MEDULARES

Servizo

MEDICINA INTENSIVA / PEDIATRÍA

C**C****Descrición**

Descrición clínica por inspección das lesións venosas periféricas do sistema venoso afectado.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

ANXIOLOXÍA E CIRURXÍA VASCULAR

CA 15.3**Descrición**

Marcador sérico do cancro de mama.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

CIRURXÍA XERAL E DIXESTIVA

CA 19.9**Descrición**

Marcador sérico do cancro de colon e de páncreas.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

CIRURXÍA XERAL E DIXESTIVA

CA 72.4**Descrición**

Marcador sérico do cancro de colon.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

CIRURXÍA XERAL E DIXESTIVA

CABG**Nome completo**

Coronary Artery By-Pass Graft

Descrición

Cirurxía que se realiza para crear unha derivación, mediante arterias ou veas do propio paciente, ao redor das arterias coronarias obstruídas que irrigan o corazón.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo

CARDIOLOXÍA

Cadrado**Descrición**

Tipo de pé caracterizado porque ten o primeiro e o segundo dedos da mesma lonxitude.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

Caída tronco**Descrición**

Medida do desnivel pelviano nunha desviación vertebral.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

REHABILITACIÓN

CAMPO VISUAL**Descrición**

Espazo que pode ver o ollo fixo.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

OFTALMOLOXÍA

Cancro**Descrición**

Neoplasia maligna que invade os tecidos veciños e que pode dar metástase.

Epígrafe

ANTECEDENTES FAMILIARES

Servizo

MEDICINA INTERNA

Cancro colon**Descrición**

Neoplasia maligna do colon.

Epígrafe

ANTECEDENTES FAMILIARES

Servizo

APARELLO DIXESTIVO

Cancro gástrico**Descrición**

Neoplasia maligna do estómago.

Epígrafe

ANTECEDENTES FAMILIARES

Servizo

APARELLO DIXESTIVO

Cardiomegalia**Descrición**

Agrandamento do tamaño do corazón.

Epígrafe

MOTIVO DE ASISTENCIA

Servizo

CARDIOLOXÍA

Cardioversión eléctrica**Descrición**

Restauración do ritmo cardíaco normal por medio dun choque eléctrico externo.

Epígrafe

MOTIVO DE ASISTENCIA

Servizo

CARDIOLOXÍA

CEA**Nome completo**

Antixeno carcinoembrionario.

Descrición

Proteína fetal de utilidade para o seguimento postoperatorio de pacientes con cancro colorrectal e de mama.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

CIRURXÍA XERAL E DIXESTIVA

Cesárea**Descrición**

Operación pola que se libera o feto a través das paredes abdominal e uterina.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERINATAIS

Servizo

PEDIATRÍA

Cianose**Descrición**

Coloración azul da pel e mucosas por insuficiente oxixenación sanguínea.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

PNEUMOLOXÍA

Circular apertada**Descrición**

Enrolamento do cordón umbilical ao redor dunha parte do feto.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERINATAIS

Servizo

PEDIATRÍA

Circular frouxa**Descrición**

Enrolamento do cordón umbilical ao redor dunha parte do feto.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERINATAIS

Servizo

PEDIATRÍA

Cirurxía**Descrición:**

Procedementos cirúrxicos realizados en quirófano ou sala especial cirúrxica.

Epígrafe:

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo:

HEMATOLOXÍA CLÍNICA

CITOLOXÍA**Descrición**

Estudo das células exfoliadas da vaxina.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

XINECOLOXÍA

CLASIFICACIÓN DA INSUFICIENCIA CARDÍACA (NYHA)**Descrición**

Clasificación funcional da New York Heart Association (NYHA) da actividade física do paciente con insuficiencia cardíaca conxestiva (ICC).

Epígrafe

ESCALAS

Servizo

MEDICINA INTENSIVA / MEDICINA INTERNA

CLASIFICACIÓN DA WFNS**Nome completo**

World Federation of Neurologic Surgeons.

Descrición

Escala para avaliar a severidade dun accidente cerebrovascular.

Epígrafe

ESCALAS

Servizo

MEDICINA INTENSIVA

CLASIFICACIÓN NEUROLÓXICA ESTANDARIZADA DAS LESIÓNS MEDULARES (ASIA)**Nome completo**

American Spinal Injury Association.

Descrición

Sistema de clasificación estandarizada das lesións medulares segundo os criterios da American Spinal Injury Association (ASIA).

Epígrafe

VALORACIÓN DAS LESIÓNS MEDULARES

Servizo

MEDICINA INTENSIVA

Claudicación neuróxena**Descrición**

Debilidade e rixidez dolorosa dos membros inferiores despois dalgún tempo de marcha debida a unha alteración dos impulsos nerviosos.

Epígrafe

ENFERMIDADE ACTUAL

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

Clínodactilia**Descrición**

Deformidade caracterizada pola curvatura ou desviación permanente dun ou máis dedos.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

CO**Nome completo**

Monóxido de carbono.

Descrición

Concentración de monóxido de carbono no aire expirado.

Unidades

p.p.m.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

MEDICINA PREVENTIVA

Coa súa corrección**Descrición**

Valor da medición oftalmolóxica obtida unha vez aplicada a corrección óptica que habitualmente emprega o paciente.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

OFTALMOLOXÍA

Coagulación**Descrición**

Estudo do proceso que orixina a xelificación do sangue, pola conversión dunha proteína plasmática soluble, o fibrinóxeno, noutra insoluble, a fibrina, pola acción da trombina e dos factores plasmáticos.

Epígrafe

PROBAS COMPLEMENTARIAS

Servizo

ANESTESIOLOXÍA E REANIMACIÓN

COLPOSCOPIA**Descrición**

Exame da vaxina e do colo uterino.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

XINECOLOXÍA

Contrastes iodados**Descrición**

Reacción alérxica aos contrastes iodados, que se presenta cando o sistema inmunolóxico se expuxo con anterioridade a estas substancias e crea anticorpos contra eles.

Epígrafe

ALERXIAS

Servizo

CARDIOLOXÍA

Cordón**Descrición**

Fluxo de sangue excesivo tras a sección do cordón umbilical.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo

HEMATOLOXÍA CLÍNICA

Corrección alza**Descrición**

Corrección dun desnivel pelviano mediante a utilización dun suplemento no zapato.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

REHABILITACIÓN

Creatinina sérica**Descrición**

Determinación da cantidade de creatinina en sangue, produto terminal do metabolismo pola degradación da creatina.

Unidades

mg/dl

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

ONCOLOXÍA MÉDICA

Criterios clínicos de bronquite crónica**Descrición**

Termo clínico, consistente na presenza de tose e expectoración durante polo menos 3 meses ao ano, durante un mínimo de 2 anos consecutivos, unha vez excluídos outros procesos respiratorios, que cursen con aumento da secreción mucosa crónica.

Epígrafe

ANAMNESE POR APARELLOS

Servizo

PNEUMOLOXÍA

D**DAI****Nome completo**

Desfibrilador automático implantable.

Descrición

Dispositivo deseñado para detectar rapidamente un ritmo cardíaco anormal. O dispositivo converte a arritmia nun ritmo normal mediante a aplicación dun choque eléctrico ao corazón.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS / MOTIVO DE ASISTENCIA

Servizo

CARDIOLOXÍA

DAS**Nome completo**

Disease Activity Score

Descrición

Índice que mide a actividade da enfermidade en pacientes con artrite reumatoidea.

Fórmula

$$(0,54 \times \text{SQR (NAD)}) + (0,065 \times \text{NAI}) + (0,33 \times \text{In VSG}) + (0,0072 \times \text{ES})$$
Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

REUMATOLOXÍA

DAS 28**Nome completo**

Disease Activity Score 28

Descrición

Índice que mide a actividade da enfermidade en pacientes con artrite reumatoidea, sen ter en conta as articulacións dos nocellos e dos pés.

Fórmula

$$(0,56 \times \text{SQR (NAD 28)}) + (0,28 \times \text{NAI 28}) + (0,70 \times \text{In VSG}) + (0,014 \times \text{ES})$$
Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

REUMATOLOXÍA

DDC**Nome completo**

Distancia dedos-chan

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

REUMATOLOXÍA

Dedo en garra**Descrición**

Deformidade caracterizada pola flexión de ambas as articulacións interfalánxicas proximais e distais.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

Dedo en martelo**Descrición**

Deformidade caracterizada pola flexión da articulación interfalánxica proximal e extensión da articulación interfalánxica distal.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

Dedo en maza**Descrición**

Deformidade caracterizada pola flexión illada da articulación interfalánxica distal.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

Dependencia funcional**Descrición**

Necesidade do paciente doutras persoas ou institucións para o desenvolvemento das actividades básicas da vida diaria.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo

CARDIOLOXÍA

Diabete**Descrición**

Enfermidade caracterizada por niveis altos de azucre no sangue, que se presenta cando o organismo non produce suficiente insulina ou non responde correctamente a esta.

Epígrafe

ANTECEDENTES FAMILIARES

Servizo

MEDICINA INTERNA

Epígrafe

ANTECEDENTES PERINATAIS

Servizo

PEDIATRÍA

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo

APARELLO DIXESTIVO / CIRURXÍA PLÁSTICA / HEMATOLOXÍA CLÍNICA / MEDICINA INTENSIVA / MEDICINA INTERNA / OFTALMOLOXÍA / TRAUMATOLOXÍA

DIAGRAMA EN ESTRELA**Descrición**

Diagrama para medir a dor dinámica.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

REHABILITACIÓN

Diario miccional**Descrición**

Descrición polo paciente das características das perdas de urina.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

REHABILITACIÓN

Dilatación**Descrición**

Tamaño máximo que alcanza a pupila na escuridade ou pola acción farmacolóxica.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

OFTALMOLOXÍA

DISESTESIA**Descrición**

Sensación anormal non motivada por un estímulo exterior ou provocada por un contacto normal, pero onde a percepción está deformada.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

Dislipemia**Descrición**

Enfermidade do metabolismo das graxas caracterizada por unha alteración dos niveis normais de lípidos circulantes.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo

CARDIOLOXÍA / MEDICINA INTENSIVA / MEDICINA INTERNA / XERIATRÍA

Dispnea**Descrición**

Dificultade respiratoria, que pode ser inspiratoria ou expiratoria.

Epígrafe

ANAMNESE POR APARELLOS

Servizo

PNEUMOLOXÍA

Epígrafe

MOTIVO DE ASISTENCIA / XUÍZO CLÍNICO

Servizo

CARDIOLOXÍA

Dispnea paroxística nocturna**Descrición**

Exarcebación súbita da dificultade respiratoria (inspiratoria ou expiratoria) durante o sono.

Epígrafe

ANAMNESE POR APARELLOS

Servizo

PNEUMOLOXÍA

Distócico**Descrición**

Parto difícil, doloroso ou lento.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERINATAIS

Servizo

PEDIATRÍA

DM1**Nome completo**

Diabete mellitus tipo 1

Descrición

Enfermidade caracterizada por niveis altos de azucre no sangue, que se presenta cando o organismo non produce suficiente insulina.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo

CARDIOLOXÍA

DM2

Nome completo
Diabete mellitus tipo 2

Descrición
Enfermidade caracterizada por niveis altos de azucre no sangue, que se presenta cando o organismo non responde correctamente á insulina.

Epígrafe
ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo
CARDIOLOXÍA / XERIATRÍA

DME

Nome completo
Distancia mento-esternal

Descrición
Medida existente entre a parte inferior da mandíbula e o esterno.

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
REUMATOLOXÍA

DOP

Nome completo
Distancia occipucio-parede

Descrición
Medida existente entre a parte posterior da cabeza e unha superficie vertical plana, estando o paciente de pé e apoiado de costas contra ela.

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
REUMATOLOXÍA

Dor de ritmo

Descrición
Sensación dolorosa que se repite a intervalos de tempo regulares.

Epígrafe
ENFERMIDADE ACTUAL

Servizo
TRAUMATOLOXÍA

Dor inflamatoria

Descrición
Sensación dolorosa producida pola reacción defensiva do organismo fronte a axentes nocivos.

Epígrafe
ENFERMIDADE ACTUAL

Servizo
TRAUMATOLOXÍA

Dor irradiada

Descrición
Sensación dolorosa producida pola irritación dunha raíz ou tronco nervioso.

Epígrafe
ENFERMIDADE ACTUAL

Servizo
TRAUMATOLOXÍA

Dor mecánica

Descrición
Sensación dolorosa producida polo movemento activo ou pasivo da zona afectada.

Epígrafe
ENFERMIDADE ACTUAL

Servizo
TRAUMATOLOXÍA

Dor torácica

Descrición
Calquera molestia ou sensación anómala presente na rexión do tórax.

Epígrafe
MOTIVO DE ASISTENCIA

Servizo
CARDIOLOXÍA

DPP

Nome completo
Data probable do parto

Descrición
Data en que probablemente se producirá o parto.

Fórmula
DUR + 280 días

Unidades
día/mes/ano

Epígrafe
ANTECEDENTES PERINATAIS

Servizo
PEDIATRÍA

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
OBSTETRICIA

DUR

Nome completo
Data da última regra

Descrición
Data na que se produciu a última menstruación antes do embarazo.

Unidades
día/mes/ano

Epígrafe
ANTECEDENTES PERINATAIS

Servizo
PEDIATRÍA

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
OBSTETRICIA / XINECOLOXÍA

E**E**

Descrición
Descrición etiolóxica das lesións venosas periféricas do sistema venoso afectado.

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
ANXIOLOXÍA E CIRURXÍA VASCULAR

ECG

Nome completo
Electrocardiograma.

Descrición
Representación gráfica das correntes eléctricas xeradas pola actividade do músculo cardíaco.

Epígrafe
PLAN DIAGNÓSTICO

Servizo
MEDICINA INTERNA

Ecocardiografía

Descrición
Representación gráfica das estruturas e dos fenómenos dinámicos cardíacos rexistrados por ondas ultrasónicas transmitidas a través das paredes cardíacas.

Epígrafe
PLAN DIAGNÓSTICO

Servizo
MEDICINA INTERNA

Ecografía

Descrición
Técnica exploratoria baseada na obtención de imaxes gráficas a través da recepción de ecos ultrasónicos.

Epígrafe
PLAN DIAGNÓSTICO

Servizo
MEDICINA INTERNA

ECOGRAFÍA DE MAMA

Descrición
Técnica exploratoria baseada na obtención de imaxes gráficas das mamas a través da recepción de ecos ultrasónicos.

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
XINECOLOXÍA

ECOGRAFÍA OCULAR

Descrición
Técnica exploratoria baseada na obtención de imaxes gráficas dos ollos a través da recepción de ecos ultrasónicos.

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
OFTALMOLOXÍA

ECOGRAFÍA XENITAL

Descrición
Técnica exploratoria baseada na obtención de imaxes gráficas dos órganos xenitais a través da recepción de ecos ultrasónicos.

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
XINECOLOXÍA

EDSS-SF

Nome completo
Expanded Disability Status Scale-Short Form

Descrición
Proba que mide a capacidade dos pacientes con esclerose múltiple, baseándose no grao de afectación neurolóxica.

Epígrafe
ESCALAS

Servizo
NEUROLOXÍA

Embarazos

Descrición
Estado da muller desde a fecundación dun óvulo ata o parto.

Epígrafe
ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo
OBSTETRICIA / XINECOLOXÍA

Embolia pulmonar

Descrición
Obstrución total ou parcial da circulación arterial pulmonar por émbolos procedentes xeralmente da circulación venosa profunda das extremidades inferiores.

Epígrafe
ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo
HEMATOLOXÍA CLÍNICA

Enfermidade cardiovascular

Descrición
Enfermidades relacionadas co corazón ou os vasos sanguíneos en xeral.

Epígrafe
ANTECEDENTES FAMILIARES

Servizo
MEDICINA INTERNA

Epígrafe
ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo
MEDICINA INTENSIVA

Enfermidade por depósito

Descrición
Artrite por depósito de microcristais na membrana sinovial e noutros tecidos.

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
TRAUMATOLOXÍA

Epifisiolise

Descrición
Desprendemento dunha epífise ósea.

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
TRAUMATOLOXÍA

Episiotomía**Descrición**

Incisión cirúrxica do orificio vulvar para evitar a esgazadura peritoneal no curso do desprendemento da presentación fetal.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERINATAIS

Servizo

PEDIATRÍA

Epistaxe**Descrición**

Fluxo de sangue polas fosas nasais.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo

HEMATOLOXÍA CLÍNICA

EPOC**Nome completo**

Enfermidade pulmonar obstrutiva crónica.

Descrición

Proceso crónico caracterizado por unha obstrución dos fluxos respiratorios que pode acompañarse de hiperreactividade bronquial.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo

CARDIOLOXÍA

EPR Lasègue**Descrición**

Proba que se realiza co paciente deitado en decúbito dorsal. Levántase a extremidade comprometida en extensión para ver se aparece dor lumbociática.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

ESCALA BRUNET-LÉZINE**Descrición**

Escala que serve para coñecer o neno na súa propia espontaneidade, no desenvolvemento da súa vida e no seu medio familiar.

Epígrafe

ESCALAS

Servizo

PSIQUIATRÍA (PSICOLOXÍA CLÍNICA)

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESIÓN HOSPITALARIA (HAD)**Nome completo**

Hospital Anxiety and Depression.

Descrición

Escala que valora os aspectos máis comúns presentes na persoa cando se somete a unha situación de estrés ambiental ou causada por síntomas somáticos.

Epígrafe

ESCALAS

Servizo

PSIQUIATRÍA (PSICOLOXÍA CLÍNICA)

ESCALA DE CHILD-PUGH**Descrición**

Escala utilizada para clasificar o grao de disfunción hepática. Avalía o pronóstico dos pacientes con cirrose hepática.

Epígrafe

ESCALAS

Servizo

MEDICINA INTENSIVA / MEDICINA INTERNA

Escala de coma de Glasgow**Descrición**

Escala utilizada para coñecer a intensidade da diminución do nivel de consciencia. Tamén permite recoñecer asimetrías corporais nas respostas e sospeitar focalidade neurolóxica.

Epígrafe

ESCALAS

Servizo

MEDICINA INTENSIVA / MEDICINA INTERNA / NEUROCIRURXÍA / NEUROLOXÍA

Escala de depresión xeriátrica**Descrición**

Escala utilizada para o diagnóstico da depresión en persoas maiores.

Epígrafe

ESCALAS

Servizo

XERIATRÍA

Escala de Epworth**Descrición**

Escala utilizada para valorar a somnolencia diúrna.

Epígrafe

ANAMNESE POR APARELLOS

Servizo

PNEUMOLOXÍA

ESCALA DE FISHER**Descrición**

Escala utilizada para avaliar a severidade dun accidente cerebrovascular.

Epígrafe

ESCALAS

Servizo

MEDICINA INTENSIVA

Escala de Hamilton**Descrición**

Escala de heteroavaliación axeitada para obter unha medida do estado depresivo.

Epígrafe

ESCALAS

Servizo

NEUROLOXÍA

ESCALA DE HUNT E HESS**Descrición**

Escala utilizada para avaliar a severidade dun accidente cerebrovascular.

Epígrafe

ESCALAS

Servizo
MEDICINA INTENSIVA

Escala de Lawton e Brody

Descrición

Escala de valoración das actividades instrumentais da vida diaria que valora a capacidade de desenvolvemento de tarefas que implican o manexo de utensilios habituais e actividades sociais a través dunha serie de preguntas.

Epígrafe
ESCALAS

Servizo
XERIATRÍA

ESCALA GESSELL DE DESENVOLVEMENTO INFANTIL

Descrición

Escala que avalía o desenvolvemento psicomotor do neno a través dunhas etapas evolutivas de 12, 18, 24 e 36 meses.

Epígrafe
ESCALAS

Servizo
PSIQUIATRÍA (PSICOLOXÍA CLÍNICA)

Escala neurolóxica canadense

Descrición

Escala de avaliación neurolóxica específica para o ictus que permite detectar empeoramentos ou mellorías das diminucións nas funcións neurolóxicas básicas.

Epígrafe
ESCALAS

Servizo
NEUROLOXÍA

ESCALA WECHSLER DE INTELIXENCIA

Descrición

Escala elaborada para avaliar a intelixencia global.

Epígrafe
ESCALAS

Servizo
PSIQUIATRÍA (PSICOLOXÍA CLÍNICA)

ESPIROMETRÍA

Descrición

Medición mediante un espirómetro dos volumes e capacidade do aparello respiratorio dun individuo, coa finalidade de avaliar a súa función ventilatoria.

Epígrafe
PROBAS COMPLEMENTARIAS

Servizo
CIRURXÍA TORÁCICA

Estadio

Descrición

Período ou fase no desenvolvemento dunha enfermidade.

Epígrafe
PLAN DIAGNÓSTICO

Servizo
ONCOLOXÍA MÉDICA

Estenopeico

Descrición

Instrumento que se utiliza para determinar a agudeza visual.

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
OFTALMOLOXÍA

EUROSCORE

Descrición

Escala de risco utilizada en pacientes que van ser sometidos a cirurxía cardíaca con circulación extracorpórea.

Epígrafe
ESCALAS

Servizo
CIRURXÍA CARDÍACA

Eutócico

Descrición

Parto ou nacemento normais.

Epígrafe
ANTECEDENTES PERINATAIS

Servizo
PEDIATRÍA

EVA DOR

Unidades

Escala analóxica da dor.

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
REUMATOLOXÍA

EVA E. XERAL

Descrición

Escala analóxica do estado xeral.

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
REUMATOLOXÍA

EVA FATIGA

Descrición

Escala analóxica da fatiga.

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
REUMATOLOXÍA

Ex-fumador

Descrición

Individuo que deixou de fumar polo menos hai 6 meses.

Epígrafe
ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo
CARDIOLOXÍA / CIRURXÍA MAXILOFACIAL / CIRURXÍA TORÁCICA / MEDICINA INTENSIVA / MEDICINA INTERNA / PNEUMOLOXÍA

Exipcio**Descrición**

Tipo de pé caracterizado por un primeiro dedo dominante.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

Extraccións**Descrición**

Fluxo de sangue excesivo tras a retirada de pezas dentais.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo

HEMATOLOXÍA CLÍNICA

EXSUDADO**Descrición**

Material (fibrinoso, seroso, albuminoso, hemorráxico, etc.) segregado pola exsudación dos vasos sanguíneos e que se deposita no intersticio dos tecidos ou nas cavidades serosas.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

XINECOLOXÍA

F**Fasciculacións****Descrición**

Contracción breve e espontánea de fibras musculares esqueléticas illadas que se produce por unha soa descarga máxima de impulsos das neuronas motoras que o innervan, que non teñen efecto motor, pero son visibles.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

FC**Nome completo**

Frecuencia cardíaca

Descrición

Número de latexos cardíacos por unidade de tempo.

Unidades

latexos/minuto

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

ANESTESIOLOXÍA E REANIMACIÓN / APARELLO DIXESTIVO / CARDIOLOXÍA / CIRURXÍA CARDÍACA / CIRURXÍA PEDIÁTRICA / CIRURXÍA TORÁCICA / CIRURXÍA XERAL E DIXESTIVA / HEMATOLOXÍA CLÍNICA / HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO / MEDICINA INTENSIVA / MEDICINA INTERNA / MEDICINA PREVENTIVA / NEFROLOXÍA / PNEUMOLOXÍA / ONCOLOXÍA MÉDICA / PEDIATRÍA / PSIQUIATRÍA / REHABILITACIÓN / XERIATRÍA

Febre**Descrición**

Aumento da temperatura corporal por riba das cifras consideradas como normais.

Epígrafe

ENFERMIDADE ACTUAL

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

FIBROBRONCSCOPIA**Descrición**

Exploración directa da larinxe e da árbore traqueobronquial mediante o fibrobroncoscopio.

Epígrafe

PROBAS COMPLEMENTARIAS

Servizo

CIRURXÍA TORÁCICA

FÓRMULA DIXITAL**Descrición**

Procedemento que permite identificar os distintos tipos de antepés.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

FR**Nome completo**

Frecuencia respiratoria

Descrición

Número de respiracións por unidade de tempo.

Unidades

respiracións/minuto

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

ANESTESIOLOXÍA E REANIMACIÓN / APARELLO DIXESTIVO / CARDIOLOXÍA / CIRURXÍA PEDIÁTRICA / CIRURXÍA TORÁCICA / CIRURXÍA XERAL E DIXESTIVA / HEMATOLOXÍA CLÍNICA / HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO / MEDICINA INTENSIVA / MEDICINA INTERNA / MEDICINA PREVENTIVA / NEFROLOXÍA / PNEUMOLOXÍA / ONCOLOXÍA MÉDICA / PEDIATRÍA / PSIQUIATRÍA / REHABILITACIÓN / XERIATRÍA

FRECHAS FRONTAIS**Descrición**

Sistema de recoñecemento para a valoración da desviación frontal da columna vertebral.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

REHABILITACIÓN

FRECHAS SAXITAIS**Descrición**

Sistema de recoñecemento para a valoración da desviación saxital da columna vertebral.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

REHABILITACIÓN

Fumador**Descrición**

Individuo que fuma habitualmente.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo

CARDIOLOXÍA / CIRURXÍA MAXILOFACIAL / CIRURXÍA TORÁCICA / MEDICINA INTENSIVA / MEDICINA INTERNA / MEDICINA PREVENTIVA / PNEUMOLOXÍA

G**GAMMAGRAFÍA DE VENTILACIÓN-PERFUSIÓN****Descrición**

Procedemento composto por un par de gammagrafías que utilizan material radioactivo inhalado ou inxectado (radioisótopos) para medir a respiración (ventilación) e a circulación (perfusión) en todas as áreas pulmonares.

Epígrafe

PROBAS COMPLEMENTARIAS

Servizo

CIRURXÍA TORÁCICA

GASOMETRÍA**Descrición**

Técnica que permite cuantificar e determinar as concentracións dos gases no sangue arterial e venoso.

Epígrafe

PROBAS COMPLEMENTARIAS

Servizo

CIRURXÍA TORÁCICA

GDS de Reisberg**Nome completo**

Global Deterioration Scale

Descrición

Escala clínico-evolutiva que sitúa a enfermidade nun punto determinado, relacionando os síntomas co grao de demencia.

Epígrafe

ESCALAS

Servizo

XERIATRÍA

GFR**Nome completo**

Aclaramento de creatinina

Descrición

Exame para valora o funcionamento renal a partir da creatinina.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

ONCOLOXÍA MÉDICA

Grao funcional de disnea**Descrición**

Exame que se realiza para valorar a discapacidade producida pola dificultade respiratoria e avaliar a eficacia do tratamento.

Epígrafe

ANAMNESE POR APARELLOS

Servizo

PNEUMOLOXÍA

Graos acuíñamento**Descrición**

Graos de esmagamento da columna vertebral en forma de cuña.

Unidades

graos

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

REHABILITACIÓN

Grego**Descrición**

Tipo de pé caracterizado por un segundo dedo dominante.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

Grupo sanguíneo**Descrición**

Clasificación do sangue en relación coa compatibilidade das hemacias e soro dun individuo doador de sangue coas hemacias e soro doutro individuo que a recibe.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERINATAIS

Servizo

PEDIATRÍA

H**Hallus extensus****Descrición**

Deformidade do primeiro dedo do pé caracterizada porque a segunda falanxe está en hiperextensión debido a unha sobrecarga no primeiro metatarsiano.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

Hallus flexus**Descrición**

Deformidade do primeiro dedo do pé caracterizada por semellarse a un martelo.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

Hallus valgus**Descrición**

Deformidade do primeiro dedo do pé caracterizada pola desviación cara aos demais dedos, aos que cruza por riba ou por debaixo.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

HAQ**Nome completo**

Health Assessment Questionnaire

Descrición

Cuestionario de avaliación da saúde.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

MEDICINA PREVENTIVA / REUMATOLOXÍA

HbCO**Nome completo**

Carboxihemoglobina

Descrición

Porcentaxe de monóxido de carbono combinado coa hemoglobina.

Unidades

%

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

MEDICINA PREVENTIVA

HBsAg**Descrición**

Proteína codificada no DNA viral situada na superficie da envoltura do virus da hepatitis B.

Epígrafe

DESCRICIÓN DO ACCIDENTE

Servizo

MEDICINA PREVENTIVA

Hematomas**Descrición**

Tumoracións por acumulación localizada de sangue nos tecidos causadas pola rotura da parede dun vaso sanguíneo.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo

HEMATOLOXÍA CLÍNICA

Hemograma**Descrición**

Fórmula sanguínea na que se expresan o número, proporción e variacións dos elementos celulares do sangue periférico.

Epígrafe

PROBAS COMPLEMENTARIAS

Servizo

ANESTESIOLOXÍA E REANIMACIÓN

Hemoptise**Descrición**

Expectoración de sangue ou dun esputo sanguinolento.

Epígrafe

ANAMNESE POR APARELLOS

Servizo

PNEUMOLOXÍA

Hepatitis viral**Descrición**

Enfermidade infecciosa hepática producida por diversos virus hepatotrofos e outros virus.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo

MEDICINA INTENSIVA

Hepatitis viral B**Descrición**

Enfermidade infecciosa hepática producida polo virus da hepatitis B.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo

APARELLO DIXESTIVO / MEDICINA INTERNA

Epígrafe

DESCRICIÓN DO ACCIDENTE

Servizo

MEDICINA PREVENTIVA

Hepatitis viral C**Descrición**

Enfermidade infecciosa hepática producida polo virus da hepatitis C.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo

APARELLO DIXESTIVO / MEDICINA INTERNA

Epígrafe

DESCRICIÓN DO ACCIDENTE

Servizo

MEDICINA PREVENTIVA

Hipercolesterolemia**Descrición**

Concentración do colesterol sanguíneo por riba das cifras consideradas como normais.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo

OFTALMOLOXÍA

HIPERQUERATOSE**Descrición**

Hipertrofia da capa córnea da pel.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

Hipersomnia**Descrición**

Estado caracterizado pola presenza dun sono excesivo.

Epígrafe

ANAMNESE POR APARELLOS

Servizo

PNEUMOLOXÍA

Hipertensión arterial**Descrición**

Aumento persistente da tensión arterial por riba dos valores límites aceptados como normais.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo

CARDIOLOXÍA

HIPERTERMIA MATERNA**Descrición**

Aumento da temperatura corporal normal na muller embarazada.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERINATAIS

Servizo

PEDIATRÍA

HIPOESTESIA**Descrición**

Diminución de calquera tipo de sensibilidade.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

HPV**Nome completo**

Virus do papiloma humano

Descrición

Infeción polo virus do papiloma humano.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

XINECOLOXÍA

HTA**Nome completo**

Hipertensión arterial

Descrición

Aumento persistente da tensión arterial por riba dos valores límites aceptados como normais.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo

APARELLO DIXESTIVO / CARDIOLOXÍA / CIRURXÍA PLÁSTICA / HEMATOLOXÍA CLÍNICA / MEDICINA INTENSIVA / MEDICINA INTERNA / OFTALMOLOXÍA / TRAUMATOLOXÍA / XERIATRÍA

**IAM con ↑ ST****Nome completo**

Infarto agudo de miocardio con elevación ST

Descrición

Necrose miocárdica con elevación do segmento ST do ECG, sendo a trombose persistente dunha arteria coronaria con oclusión completa a causa máis frecuente.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo

CARDIOLOXÍA

IAM sen ↑ ST**Nome completo**

Infarto agudo de miocardio sen elevación ST

Descrición

Necrose miocárdica sen elevación do segmento ST do ECG.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo

CARDIOLOXÍA

Idade xestacional**Descrición**

Tempo transcorrido desde a concepción ata o parto.

Unidades

semanas/días

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

OBSTETRICIA

Idade xestacional por ecografía**Descrición**

Determinación por ecografía do tempo transcorrido desde a concepción ata o parto.

Unidades

semanas/días

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

OBSTETRICIA

IK**Nome completo**

Índice de Karnofsky

Descrición

Sistema de puntuación asignado polo médico a partir das observacións sobre a capacidade dun paciente para realizar traballos comúns.

Unidades

%

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

ONCOLOXÍA MÉDICA

IMC**Nome completo**

Índice de masa corporal

Descrición

Relación entre o peso dun individuo e a súa altura.

Fórmula

Peso / Talle²

Unidades

kg / m²

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

ANESTESIOLOXÍA E REANIMACIÓN / APARELLO DIXESTIVO / CARDIOLOXÍA / CIRURXÍA CARDÍACA / CIRURXÍA PEDIÁTRICA / CIRURXÍA PLÁSTICA / CIRURXÍA TORÁCICA / CIRURXÍA XERAL E DIXESTIVA / HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO / MEDICINA INTENSIVA / MEDICINA INTERNA / MEDICINA PREVENTIVA / NEFROLOXÍA / PNEUMOLOXÍA / OBSTETRICIA / PEDIATRÍA / PSIQUIATRÍA / PSIQUIATRÍA (PSICOLOXÍA CLÍNICA) / REHABILITACIÓN / XERIATRÍA

ÍNDICE DE ACTIVIDADE DA ENFERMIDADE DE CROHN**Descrición**

Escala que permite avaliar a situación dos pacientes con enfermidade de Crohn.

Epígrafe

ESCALAS

Servizo

MEDICINA INTERNA

Índice de Barthel**Descrición**

Escala que serve para valorar a discapacidade física.

Epígrafe

ESCALAS

Servizo

MEDICINA INTERNA / NEUROLOXÍA / XERIATRÍA

Índice de Katz**Descrición**

Escala que permite valorar as actividades da vida diaria.

Epígrafe

ESCALAS

Servizo

XERIATRÍA

ÍNDICE NOCELLO-BRAZO**Descrición**

Escala utilizada para a valoración isquémica das extremidades.

Epígrafe

ESCALAS

Servizo

MEDICINA INTERNA

Infecións EGB**Nome completo**

Infección polo estreptococo grupo B

Descrición

Infección bacteriana, causada polo estreptococo do grupo B.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERINATAIS

Servizo

PEDIATRÍA

INFRAESPINOSO**Descrición**

Rotación externa resistida con ombro en posición neutra.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

Ingurxitación xugular**Descrición**

Aumento da distensión das veas do pescozo.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

PNEUMOLOXÍA

Instrumental**Descrición**

Emprego de instrumental obstétrico (fórceps, ventosa, etc.) durante o parto.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERINATAIS

Servizo

PEDIATRÍA

Insulina**Descrición**

Hormona secretada polo páncreas cuxo déficit ou resistencia á súa acción ocasiona a diabeite.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo

XERIATRÍA

INVENTARIO DE ANSIEDADE DE BECK**Descrición**

Escala autoaplicada que describe diversos síntomas de ansiedade.

Epígrafe

ESCALAS

Servizo

PSIQUIATRÍA (PSICOLOXÍA CLÍNICA)

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK**Descrición**

Escala que permite a medición clínica dos síntomas da depresión.

Epígrafe

ESCALAS

Servizo

PSIQUIATRÍA (PSICOLOXÍA CLÍNICA)

Inversión-eversión**Descrición**

Termos xeralmente referidos á mobilidade da articulación subastragalina.

Unidades

graos

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

ISQUEMIA**Descrición**

Ausencia de rega sanguínea nunha parte do organismo e estado consecutivo a esto.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

ANXIOLOXÍA E CIRURXÍA VASCULAR

L

Látex**Descrición**

Reacción alérxica ao látex ou goma natural que se presenta cando o sistema inmunolóxico se expuxo con anterioridade ao produto e crea anticorpos contra este.

Epígrafe

ALERXIAS

Servizo

MEDICINA PREVENTIVA

LIÑA DE HELBING**Descrición**

Vertical que pasa polo centro do oco poplíteo e polo centro do talón ao realizar a exploración do pé en bipedestación.

Unidades

graos

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

Listese**Descrición**

Escorregamento ou desprazamento anterior ou posterior dunha vértebra sobre outra.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

REHABILITACIÓN

Luxación conxénita de cadeira**Descrición**

Deformidades que van desde a incongruencia parcial normal da articulación da cadeira, por presentar un cótilo pouco profundo, ata a súa luxación completa presente desde o nacemento.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

M

M**Nome completo**

Metástase

Descrición

Parámetro prognóstico que permite precisar a probabilidade de evolución dun paciente con cancro, en función da presenza ou ausencia de metástase.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

OTORRINOLARINGOLOXÍA

Epígrafe

PLAN DIAGNÓSTICO

Servizo

ONCOLOXÍA MÉDICA

Mallampati**Descrición**

Proba que serve para predicir a intubación difícil.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

ANESTESIOLOXÍA E REANIMACIÓN

MAMOGRAFÍA**Descrición**

Impresión radiográfica (fotografía dunha placa por raios X) das mamas.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

XINECOLOXÍA

Manobra de atrapamento subacromial**Descrición**

Elevación do ombro contra resistencia coa man apoiada no ombro oposto.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

Mantoux**Descrición**

Proba para o diagnóstico da infección tuberculosa. A proba da tuberculina pon de manifesto un estado de hipersensibilidade do organismo fronte ás proteínas do bacilo tuberculoso.

Unidades

mm

Epígrafe

ANTECEDENTES VACINAIS INMUNITARIOS

Servizo

MEDICINA PREVENTIVA

Mareo**Descrición**

Transtorno de tipo neurovexetativo con malestar xeral, vértixes e tendencia á síncope.

Epígrafe

MOTIVO DE ASISTENCIA

Servizo

CARDIOLOXÍA

MATRICES PROGRESIVAS RAVEN**Descrición**

Escala non verbal, onde o individuo describe pezas que faltan dunha serie de láminas preimpresas.

Unidades

min

Epígrafe

ESCALAS

Servizo

PSIQUIATRÍA (PSICOLOXÍA CLÍNICA)

M
MCMII- II INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON**Descrición**

Escala de exploración e identificación de persoas con dificultades emocionais e persoas que poidan requirir unha avaliación máis profunda ou unha atención profesional.

Epígrafe

ESCALAS

Servizo

PSIQUIATRÍA (PSICOLOXÍA CLÍNICA)

N
Menarquía**Descrición**

Aparición da primeira menstruación.

Unidades

anos de idade

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo

OBSTETRICIA / XINECOLOXÍA

Menopausa**Descrición**

Desaparición natural da menstruación e período posterior da vida no que sucede.

Unidades

anos de idade

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

XINECOLOXÍA

Miocardopatía**Descrición**

Enfermidades do músculo cardíaco (miocardio) que poden cursar con hipertrofia, dilatación ou restrición da contractilidade do corazón.

Epígrafe

ANTECEDENTES FAMILIARES

Servizo

CARDIOLOXÍA

MMSE de Folstein**Nome completo**

Mini Mental State Examinatin

Descrición

Proba de cribaxe e seguimento evolutivo dun paciente con demencia.

Epígrafe

ESCALAS

Servizo

NEUROLOXÍA / MEDICINA INTERNA / PSIQUIATRÍA (PSICOLOXÍA CLÍNICA) / XERIATRÍA

MNA**Nome completo**

Mini-Nutritional Assesment

Descrición

Instrumento para a avaliación do estado nutricional da poboación xeriátrica.

Epígrafe

ESCALAS

Servizo

XERIATRÍA

Morte súbita**Descrición**

Aquela que sobrevén repentinamente nun estado de saúde ou durante o padecemento dunha enfermidade.

Epígrafe

ANTECEDENTES FAMILIARES

Servizo

CARDIOLOXÍA

N**N****Nome completo**

Nódulo ou adenopatía.

Descrición

Parámetro prognóstico que permite precisar a probabilidade de evolución dun paciente con cancro, en función da extensión das adenopatías ganglionares.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

OTORRINOLARINGOLOXÍA

Epígrafe

PLAN DIAGNÓSTICO

Servizo

ONCOLOXÍA MÉDICA

Natural**Descrición**

Fecundación producida pola penetración do espermatozoide no óvulo coa fusión dos seus pronúcleos e estimulación dos procesos de maduración do produto resultante.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERINATAIS

Servizo

PEDIATRÍA

Necrose avascular da cabeza femoral**Descrición**

Lesión da cabeza femoral debida á interrupción do fluxo sanguíneo e morte celular.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

NIHSS**Nome completo**

National Institutes of Health Stroke Scale

Descrición

Escala de avaliación do infarto cerebral deseñada para pacientes cun accidente cerebrovascular (ACV) isquémico.

Epígrafe

ESCALAS

Servizo

MEDICINA INTENSIVA / NEUROLOXÍA

O

Obesidade**Descrición**

Exceso de acumulación de graxa no corpo co conseguente aumento de peso.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo

CARDIOLOXÍA

Ortopnea**Descrición**

Dificultade respiratoria, que pode ser inspiratoria ou expiratoria, que obriga o paciente a estar de pé ou sentado.

Epígrafe

ANAMNESE POR APARELLOS

Servizo

PNEUMOLOXÍA

Ovo**Descrición**

Reacción alérxica á clara do ovo (a albúmina da clara é a proteína que ten maior capacidade alerxénica), que se presenta cando o sistema inmunolóxico se expuxo con anterioridade ao alérxeno e crea anticorpos contra este.

Epígrafe

ALERXIAS

Servizo

MEDICINA PREVENTIVA

P

P**Descrición**

Descrición dos achados observados na pletismografía das lesións venosas periféricas do sistema venoso afectado.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

ANXIOLOXÍA E CIRURXÍA VASCULAR

Palm-up test**Descrición**

Elevación resistida con cóbado estendido e supinado e ombro en antepulsión de 80°.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

Palpitacións**Descrición**

Latexos violentos do corazón percibidos polo paciente.

Epígrafe

MOTIVO DE ASISTENCIA / XUÍZO CLÍNICO

Servizo

CARDIOLOXÍA

Paquetes x ano**Descrición**

Medida da intensidade do hábito tabáquico dun individuo.

Fórmula

$n.º \text{ cigarros (día)} \times 365 (366) / 20$ (supoñendo que os paquetes que fuma teñan 20 cigarros)

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo

CARDIOLOXÍA / CIRURXÍA MAXILOFACIAL / CIRURXÍA TORÁCICA / MEDICINA INTERNA / MEDICINA PREVENTIVA / PNEUMOLOXÍA

Paquimetría**Descrición**

Exame que mide o grosor da córnea por medio de ultrasóns.

Unidades

m

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

OFTALMOLOXÍA

PARSONNET**Descrición**

Escala de risco utilizada en pacientes que van ser sometidos a cirurxía cardíaca con circulación extracorpórea.

Epígrafe

ESCALAS

Servizo

CIRURXÍA CARDÍACA / MEDICINA INTENSIVA

PCR**Nome completo**

Proteína C reactiva

Descrición

Proteína sérica que aparece cando existe inflamación, necrose ou tumor.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

REUMATOLOXÍA

Pé cavo**Descrición**

Deformidade do pé caracterizada por un aumento anormal da altura da bóveda plantar.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

Pé en adución**Descrición**

Deformidade do pé caracterizada por unha desviación do antepé cara a dentro.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

Pé equino**Descrición**

Deformidade do pé caracterizada por unha extensión forzada por retracción do tendón de Aquiles.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

Pé plano**Descrición**

Deformidade do pé caracterizada polo valgo do retropé asociada a un afundimento da bóveda plantar.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

Pé talo**Descrición**

Deformidade do pé caracterizada por unha fixación en flexión dorsal do nocello (apoia só co talón).

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

Pé valgo**Descrición**

Deformidade do pé caracterizada pola desviación do talón para fóra, formando un ángulo de vértice medial co eixe da perna. O tendón de Aquiles colócase lateralmente, cerca do maléolo externo.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

Pé varo**Descrición**

Deformidade do pé caracterizada pola desviación do talón para dentro, formando un ángulo de vértice lateral co eixe da perna. O tendón de Aquiles colócase no lado medial, por detrás do maléolo interno.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

Penicilina**Descrición**

Reacción alérxica á penicilina, que se presenta cando o sistema inmunolóxico se expuxo con anterioridade ao medicamento e crea anticorpos contra este.

Epígrafe

ALERXIAS

Servizo

CARDIOLOXÍA

Pensionista**Descrición**

Individuo que percibe calquera clase de pensión.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo

CARDIOLOXÍA

Perímetro abdominal**Descrición**

Medida da circunferencia da cintura dun individuo.

Unidades

cm

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

MEDICINA INTERNA

Perímetro cranial**Descrición**

Medida da circunferencia da cabeza dun neno.

Unidades

cm

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

PEDIATRÍA

Perímetro de marcha**Descrición**

Ángulo do pé en relación co eixo do membro cando o paciente camiña.

Unidades

cm

Epígrafe

ENFERMIDADE ACTUAL

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

Perthes**Descrición**

Necrose avascular da cabeza femoral durante a idade infantil.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

Peso**Descrición**

Medida do estado ponderal dun individuo.

Unidades

kg

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

ANESTESIOLOXÍA E REANIMACIÓN / APARELLO DIXESTIVO / CARDIOLOXÍA / CIRURXÍA CARDIACA / CIRURXÍA PEDIÁTRICA / CIRURXÍA PLÁSTICA / CIRURXÍA TORÁCICA / CIRURXÍA XERAL E DIXESTIVA / HEMATOLOXÍA CLÍNICA / HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO / MEDICINA INTENSIVA / MEDICINA INTERNA / MEDICINA PREVENTIVA / NEFROLOXÍA / PNEUMOLOXÍA / OBSTETRICIA / PEDIATRÍA / PSQUIATRÍA / PSQUIATRÍA (PSICOLOXÍA CLÍNICA) / REHABILITACIÓN / TRAUMATOLOXÍA / XERIATRÍA

Piercings**Descrición**

Implantación, xeralmente decorativa ou ritual, dun pendente en diferentes partes do corpo.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo

MEDICINA PREVENTIVA

Polidactilia**Descrición**

Deformidade caracterizada pola presenza de máis de cinco dedos nas mans e/ou nos pés.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

Prematuros**Descrición**

Recén nado antes das 38 semanas de xestación.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo

OBSTETRICIA

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

XINECOLOXÍA

Presentación**Descrición**

Parte do corpo fetal que aparece no estreito superior pelviano.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERINATAIS

Servizo

PEDIATRÍA

Presión intraocular**Descrición**

Forza que exercen os líquidos intraoculares sobre a córnea e a esclerótica.

Unidades

mm Hg

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

OFTALMOLOXÍA

Proba de Patrick (FABERE)**Descrición**

Procedemento para comprobar a enfermidade de Perthes.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

Prostatismo**Descrición**

Conxunto de síntomas e signos producidos polo aumento do tamaño da próstata.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo

OFTALMOLOXÍA

PS**Nome completo**

Performance Status.

Descrición

Estado xeral/funcional do paciente referido ás táboas da clasificación OMS/ECOG.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

ONCOLOXÍA MÉDICA

Pulso**Descrición**

Expansións e contraccións sucesivas e periódicas das arterias, percibidas polos dedos na palpación.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

ANXIOLOXÍA E CIRURXÍA VASCULAR

Pulsos radiais**Descrición**

Expansións e contraccións sucesivas e periódicas das arterias radiais, percibidas polos dedos na palpación.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

Q**QUEMODECTOMA****Descrición**

Tumor de orixe vascular benigno, aínda que invasor e de carácter corrosivo, localizado máis frecuentemente nos quimiorreceptores do glomus carotídeo e tamén na mastoides e no oído medio.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

ANXIOLOXÍA E CIRURXÍA VASCULAR

Quintus varus**Descrición**

Deformidade dos dedos dos pés caracterizada porque o 5º dedo monta sobre o 4º.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

R

RADAI**Nome completo**

Rheumatoid Arthritis Disease Activity Index.

Descrición

Índice de actividade da artrite reumatoide.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

REUMATOLOXÍA

Radial invertido**Descrición**

Flexión do antebrazo e flexión simultánea dos dedos por percusión do extremo inferior do radio.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX**Descrición**

Impresión radiográfica (fotografía dunha placa por raios X) do tórax.

Epígrafe

PLAN DIAGNÓSTICO

Servizo

MEDICINA INTERNA

Epígrafe

PROBAS COMPLEMENTARIAS

Servizo

ANESTESIOLOXÍA E REANIMACIÓN / APARELLO DIXESTIVO / CIRURXÍA TORÁCICA

RCT**Nome completo**

Resincronizador cardíaco tricameral.

Descrición

Dispositivo electrónico empregado en pacientes con síntomas secundarios á desincronización da contractilidade fisiolóxica do corazón.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS / MOTIVO DE ASISTENCIA

Servizo

CARDIOLOXÍA

Refracción cilindro**Descrición**

Número de dioptrías, positivas ou negativas, de astigmatismo.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

OFTALMOLOXÍA

Refracción eixe**Descrición**

Diámetro de maior poder dióptrico, sobre o que se correixe o astigmatismo.

Unidades

graos

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

OFTALMOLOXÍA

Refracción esfera**Descrición**

Número de dioptrías, positivas ou negativas, necesarias para unha correcta visión.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

OFTALMOLOXÍA

REIXA DE AMSLER**Descrición**

Proba para detectar patoloxía da mácula.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

OFTALMOLOXÍA

Retropulsión**Descrición**

Tendencia a marchar ou a caer cara atrás observada nalgunhas enfermidades do sistema nervioso.

Unidades

graos

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

Rh**Descrición**

Signo do factor Rhesus, aglutinóxeno dos globulos vermellos do "macacus Rhesus".

Epígrafe

ANTECEDENTES PERINATAIS

Servizo

PEDIATRÍA

RISSER**Descrición**

Signo de maduración ósea que consiste na osificación da apófise da crista ilíaca, que se inicia de diante a atrás, é dicir, da espiña ilíaca anterossuperior á espiña ilíaca posterossuperior.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

REHABILITACIÓN

RM**Nome completo**

Resonancia magnética.

Descrición

Método de diagnóstico pola imaxe que permite obter imaxes dixitais de diversas partes do corpo mediante o estudo das resonancias dos átomos de hidróxeno das moléculas de tecidos sometidos a un campo magnético.

Epígrafe
PLAN DIAGNÓSTICO
Servizo
MEDICINA INTERNA

Rotación externa

Descrición
Movemento activo ou pasivo que afasta a cara anterior dun membro do plano saxital.

Unidades
graos

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
TRAUMATOLOXÍA

Rotación interna

Descrición
Movemento activo ou pasivo que achega a cara anterior dun membro ao plano saxital.

Unidades
graos

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
TRAUMATOLOXÍA

S

SAPS II

Nome completo
Simplified Acute Physiology Score II.

Descrición
Escala para valorar a gravidade da enfermidade en pacientes na UCI.

Epígrafe
ESCALAS

Servizo
MEDICINA INTENSIVA

Saturación O₂

Descrición
Porcentaxe de oxíxeno que transporta a hemoglobina das hemacias.

Unidades
%

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
CIRURXÍA TORÁCICA / PNEUMOLOXÍA

SCORE DE HARRIS

Descrición
Proba de valoración funcional na patoloxía da cadeira.

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
TRAUMATOLOXÍA

Sedentarismo

Descrición
Tendencia á inactividade física.

Epígrafe
ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo
CARDIOLOXÍA

Sen corrección

Descrición
Agudeza visual sen nengunha corrección óptica.

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
OFTALMOLOXÍA

Seroloxía VHB-VHC

Descrición
Estudo analítico dos virus da hepatite B e da hepatite C no soro sanguíneo.

Epígrafe
ANTECEDENTES PERINATAIS

Servizo
PEDIATRÍA

Seroloxía VIH

Descrición
Estudo analítico do virus da inmunodeficiencia humana no soro sanguíneo.

Epígrafe
ANTECEDENTES PERINATAIS

Servizo
PEDIATRÍA

Signo de Ficat

Descrición
Signo de valoración da patoloxía femoro-patelar.

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
TRAUMATOLOXÍA

Signo de Thomas

Descrición
Lordose compensatoria dunha flexión da cadeira.

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
TRAUMATOLOXÍA

Signo de Trendelenburg

Descrición
Manifestación dunha insuficiencia estática dos músculos glúteos.

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
TRAUMATOLOXÍA

Signo do caixón**Descrición**

Proba para detectar a rotura dos ligamentos cruzados do xeonllo.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

Síncope**Descrición**

Perda brusca e transitoria do coñecemento por unha anoxia cerebral aguda.

Epígrafe

MOTIVO DE ASISTENCIA / XUÍZO CLÍNICO

Servizo

CARDIOLOXÍA

Sindactilia**Descrición**

Deformidade caracterizada pola unión ou adherencia de dous ou máis dedos entre eles.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

Síndrome de cola de cabalo**Descrición**

Compresión das raíces nerviosas inferiores da medula espiñal, dando lugar a un cadro caracterizado por dor lumbar, paraparesia flácida e trastornos dos esfínteres (retención urinaria e estrinximento).

Epígrafe

ENFERMIDADE ACTUAL

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

SISTEMA DE PUNTUACIÓN MAYO**Descrición**

Proba que mide a actividade da colite ulcerosa.

Epígrafe

ESCALAS

Servizo

MEDICINA INTERNA

SLEDAI**Nome completo**

Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index.

Descrición

Índice de actividade do lupus eritematoso sistémico.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

REUMATOLOXÍA

SLICC**Nome completo**

System Lupus International Collaborating Clinics.

Descrición

Índice de lesión orgánica no lupus eritematoso sistémico.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

REUMATOLOXÍA

SOFA**Nome completo**

Sequential Organ Failure Assessment Score

Descrición

Escala de utilidade para predicir a mortalidade hospitalaria e axudar na toma de decisións da limitación do tratamento de soporte.

Epígrafe

ESCALAS

Servizo

MEDICINA INTENSIVA

Sopro**Descrición**

Ruído percibido por auscultación, de orixe cardíaca ou vascular, que pode ser fisiolóxico o patolóxico.

Epígrafe

XUÍZO CLÍNICO

Servizo

CARDIOLOXÍA

SPMSQ de Pfeiffer**Descrición**

Cuestionario que valora a funcionalidade das actividades instrumentais da vida diaria, sendo útil tamén para o diagnóstico da deterioración cognitiva nas fases iniciais.

Epígrafe

ESCALAS

Servizo

XERIATRÍA

STAI (INVENTARIO DE ANSIEDADE ESTADO-RISCO)**Nome completo**

State and Trait Anxiety Inventory.

Descrición

Escala utilizada para a autoavaliación da ansiedade como estado transitorio e como risco latente.

Epígrafe

ESCALAS

Servizo

PSIQUIATRÍA (PSICOLOXÍA CLÍNICA)

Stent**Descrición**

Dispositivo intraluminal consistente nun pequeno tubo de malla de aceiro autoexpandible que se coloca dentro da arteria coronaria para manter o vaso dilatado.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo

CARDIOLOXÍA

Stop-test**Descrición**

Grao de retención voluntaria da urina en incontinentes.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

REHABILITACIÓN

Superficie corporal**Descrición**

Medida da extensión total da pel que reviste o exterior dun individuo.

Fórmula HEMATOLOXÍA CLÍNICA

Peso ^{0,425} x Taille ^{0,725} x 71,48 / 10.000

Fórmula ONCOLOXÍA MÉDICA

SQR (Peso x Taille) / 60

Unidades

m²

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

HEMATOLOXÍA CLÍNICA / ONCOLOXÍA MÉDICA

T**T****Nome completo**

Tumor

Descrición

Parámetro prognóstico que permite precisar a probabilidade de evolución dun paciente con cancro en función da extensión do tumor primario.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

OTORRINOLARINGOLOXÍA

Epígrafe

PLAN DIAGNÓSTICO

Servizo

ONCOLOXÍA MÉDICA

T°**Nome completo**

Temperatura

Descrición

Rexistro da temperatura corporal dun individuo.

Unidades

°C

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

ANESTESIOLOXÍA E REANIMACIÓN / APARELLO DIXESTIVO / CARDIOLOXÍA / CIRURXÍA CARDÍACA / CIRURXÍA PEDIÁTRICA / CIRURXÍA TORÁCICA / CIRURXÍA XERAL E DIXESTIVA / HEMATOLOXÍA CLÍNICA / HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO / MEDICINA INTENSIVA / MEDICINA INTERNA / MEDICINA PREVENTIVA / NEFROLOXÍA / PNEUMOLOXÍA / ONCOLOXÍA MÉDICA / PEDIATRÍA / PSIQUIATRÍA / REHABILITACIÓN / XERATRÍA

TA máx/mín**Nome completo**

Tensión arterial máxima e mínima

Descrición

Resistencia ofrecida polas paredes das arterias.

Unidades

mm Hg

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

ANESTESIOLOXÍA E REANIMACIÓN / ANXIOLOXÍA E CIRURXÍA VASCULAR / APARELLO DIXESTIVO / CARDIOLOXÍA / CIRURXÍA CARDÍACA / CIRURXÍA PEDIÁTRICA / CIRURXÍA PLÁSTICA / CIRURXÍA TORÁCICA / CIRURXÍA XERAL E DIXESTIVA / HEMATOLOXÍA CLÍNICA / HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO / MEDICINA INTENSIVA / MEDICINA INTERNA / MEDICINA PREVENTIVA / NEFROLOXÍA / PNEUMOLOXÍA / OBSTETRICIA / ONCOLOXÍA MÉDICA / PEDIATRÍA / PSIQUIATRÍA / REHABILITACIÓN / XERATRÍA

Tabaco**Descrición**

Individuo que fuma habitualmente.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERINATAIS

Servizo

PEDIATRÍA

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo

APARELLO DIXESTIVO / HEMATOLOXÍA CLÍNICA

Talle**Descrición**

Altura dun individuo desde a planta dos pés ata a parte superior da cabeza.

Unidades

cm

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

ANESTESIOLOXÍA E REANIMACIÓN / APARELLO DIXESTIVO / CARDIOLOXÍA / CIRURXÍA CARDÍACA / CIRURXÍA PEDIÁTRICA / CIRURXÍA PLÁSTICA / CIRURXÍA TORÁCICA / CIRURXÍA XERAL E DIXESTIVA / HEMATOLOXÍA CLÍNICA / HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO / MEDICINA INTENSIVA / MEDICINA INTERNA / MEDICINA PREVENTIVA / NEFROLOXÍA / PNEUMOLOXÍA / OBSTETRICIA / ONCOLOXÍA MÉDICA / PEDIATRÍA / PSIQUIATRÍA / PSIQUIATRÍA (PSICOLOXÍA CLÍNICA)

Talle sentado**Descrición**

Estatura ou altura dun individuo desde o vértex (punto máis alto da cabeza sobre o plano saxital) ao plano dos isquion cando está en posición de sentado.

Unidades

cm

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

REHABILITACIÓN

Taquicardia**Descrición**

Aumento da frecuencia e do ritmo dos latexos do corazón.

Epígrafe
ANTECEDENTES PERINATAIS

Servizo
PEDIATRÍA

TC

Nome completo
Tomografía computadorizada

Descrición
Técnica radiolóxica da que se obteñen imaxes por planos ou cortes horizontais das estruturas examinadas (tomografía) e cuantifica matematicamente as súas distintas densidades coa axuda dun ordenador.

Epígrafe
PLAN DIAGNÓSTICO

Servizo
MEDICINA INTERNA

Epígrafe
PROBAS COMPLEMENTARIAS

Servizo
CIRURXÍA TORÁCICA

Test da marcha de Tinetti

Descrición
Proba específica para a valoración da marcha.

Epígrafe
ESCALAS

Servizo
XERIATRÍA

Test de Apley

Descrición
Proba ortopédica por presión e rotación do pé estando o paciente deitado boca abaixo e o xeonllo flexionado 90°.

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
TRAUMATOLOXÍA

TEST DE COR

Descrición
Proba para detectar anomalías na percepción das cores.

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
OFTALMOLOXÍA

Test de Fagerström

Descrición
Proba que serve para coñecer o grao de adicción á nicotina.

Epígrafe
DEPENDENCIAS

Servizo
MEDICINA PREVENTIVA

Test de Gerber

Descrición
Proba que se realiza co brazo en rotación interna e o cóbado en flexión de 90°. Indícase a separación da man do plano cutáneo da columna vertebral lumbar.

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
TRAUMATOLOXÍA

Test de Henry-Mondor

Descrición
Proba que investiga as distintas motivacións para deixar de fumar e outros aspectos como a autoeficacia, o contorno do fumador (familia e traballo) e a personalidade do fumador.

Epígrafe
DEPENDENCIAS

Servizo
MEDICINA PREVENTIVA

Test de Jobe

Descrición
Proba en abducción contra resistencia co ombro en antepulsión de 30°, abducción de 30°, cóbado estendido e polgares para abaixo.

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
TRAUMATOLOXÍA

Test de Lachman

Descrición
Proba para detectar a presenza dunha rotura no ligamento cruzado anterior do xeonllo.

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
TRAUMATOLOXÍA

Test de McMurray

Descrición
Proba para detectar lesións nos meniscos do xeonllo.

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
TRAUMATOLOXÍA

Test de Richmond

Descrición
Proba que mide o nivel de motivación para deixar de fumar.

Epígrafe
DEPENDENCIAS

Servizo
MEDICINA PREVENTIVA

TEST DE SCHIRMER TIPO I

Descrición
Conxunto de probas diagnósticas que se empregan para medir a secreción lacrimal. O test de Schirmer tipo I mide a secreción basal no ollo sen anestesia.

Unidades
mm

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
OFTALMOLOXÍA

TEST DE SCHIRMER TIPO II**Descrición**

Conxunto de probas diagnósticas que se empregan para medir a secreción lacrimal. O test de Schirmer tipo II mide a secreción reflexa.

Unidades

mm

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

OFTALMOLOXÍA

Test de Yergason**Descrición**

Proba que se realiza co brazo en supinación resistida e o cúbado en flexión de 90°, pronación completa e ombro en rotación neutra.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

Test do equilibrio de Tinetti**Descrición**

Proba específica para a valoración do equilibrio estático e dinámico.

Epígrafe

ESCALAS

Servizo

XERIATRÍA

Test pivot-swift**Descrición**

Proba para diagnosticar a ruptura do ligamento cruzado anterior do xeonllo.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

Tétano**Descrición**

Vacunación fronte ao tétano.

Epígrafe

DESCRICIÓN DO ACCIDENTE

Servizo

MEDICINA PREVENTIVA

THR**Nome completo**

Tipo habitual de regra

Descrición

Duración e periodicidade da menstruación.

Unidades

días

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo

OBSTETRICIA

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

XINECOLOXÍA

TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA**Descrición**

Técnica radiolóxica que proporciona imaxes polo miúdo e cuantificables das estruturas subretinianas.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

OFTALMOLOXÍA

TORCH lúes**Descrición**

Proba sanguínea que detecta certas infeccións presentes no recén nado, entre as que se atopan a toxoplasmosse, a rubéola, os citomegalovirus, o herpes simple, a sida e outras infeccións. Algunhas veces inclúe á sífilis polo que a proba se chama TORCH lúes.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERINATAIS

Servizo

PEDIATRÍA

TRAIL MAKING TEST**Descrición**

Proba de velocidade de busca visual, de atención, de secuenciación visuoespacial, de flexibilidade mental e función motora.

Unidades

min/seg

Epígrafe

ESCALAS

Servizo

PSIQUIATRÍA (PSICOLOXÍA CLÍNICA)

Triángulo talle**Epígrafe**

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

REHABILITACIÓN

Tricipital**Descrición**

Extensión do antebrazo cando se percute o tendón do tríceps por riba do olécrano.

Epígrafe

EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo

TRAUMATOLOXÍA

Tromboflebite**Descrición**

Inflamación das paredes venosas que pode causar unha trombose secundaria.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo

HEMATOLOXÍA CLÍNICA

Trombose venosa profunda**Descrición**

Proceso de formación ou desenvolvemento dun trombo nunha vea profunda.

Epígrafe

ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo
HEMATOLOXÍA CLÍNICA

TSV

Nome completo
Taquicardia supraventricular

Descrición
Arritmia caracterizada por unha frecuencia cardíaca rápida, paroxística ou non, que ten a súa orixe nun foco localizado por riba dos ventrículos.

Epígrafe
ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo
CARDIOLOXÍA

U

Úlceras por presión

Descrición
Úlcera trófica debida á compresión das zonas cutáneas que perderon o panículo adiposo.

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
XERIATRÍA

Úlcus gastroduodenal

Descrición
Perda de substancia da membrana mucosa do estómago ou do duodeno.

Epígrafe
ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo
TRAUMATOLOXÍA

UPDRS

Nome completo
Unified Parkinson's Disease Rating Scale,

Descrición
Escala de avaliación na enfermidade de Párkinson.

Epígrafe
ESCALAS

Servizo
NEUROLOXÍA

V

Vacinas

Descrición
Reacción alérxica a unha vacina que se presenta cando o sistema inmunolóxico se expuxo con anterioridade á vacina e crea anticorpos contra esta.

Epígrafe
ALERXIAS

Servizo
MEDICINA PREVENTIVA

Valgo

Descrición
Deformidade caracterizada pola desviación dos xeonllos cara dentro (xeonllo en "><").

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
TRAUMATOLOXÍA

VALORACIÓN GLOBAL MÉDICO

Descrición
Avaliación que do estado de saúde do paciente fai o médico.

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
REUMATOLOXÍA

VALORACIÓN GLOBAL PACIENTE

Descrición
Avaliación que do seu estado de saúde fai o paciente.

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
REUMATOLOXÍA

Varices

Descrición
Dilatacións permanentes dunha vea superficial ou profunda.

Epígrafe
ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo
HEMATOLOXÍA CLÍNICA

Varo

Descrición
Deformidade caracterizada pola desviación dos xeonllos cara a fóra (xeonllo en "<>").

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
TRAUMATOLOXÍA

VIH +

Nome completo
Virus da inmunodeficiencia humana

Descrición
Infección polo virus da inmunodeficiencia humana.

Epígrafe
ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo
MEDICINA INTENSIVA / MEDICINA INTERNA

Epígrafe
DESCRICIÓN DO ACCIDENTE

Servizo
MEDICINA PREVENTIVA

VISIÓN LONGA

Descrición
Capacidade de discriminación visual a unha distancia estándar, que variará en función dos optotipos empregados na medición.

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
OFTALMOLOXÍA

VISIÓN PRÓXIMA

Descrición
Capacidade de discriminación visual á unha distancia curta.

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
OFTALMOLOXÍA

Vivos

Descrición
Embarazos con recién nados vivos.

Epígrafe
ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo
OBSTETRICIA

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
XINECOLOXÍA

VSG

Nome completo
Velocidade de sedimentación globular.

Descrición
Velocidade de descenso dos hematíes plasmáticos do sangue tratado con anticoagulantes.

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
REUMATOLOXÍA

W

WOMAC

Nome completo
Western Ontario and McMaster University.

Descrición
Instrumento deseñado para medir dor, rixidez, función física e actividades asociadas coa cadeira e o xeonllo, en pacientes con osteoartrite.

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
REUMATOLOXÍA

X

Xenograma

Descrición
Representación gráfica dunha liña de ascendentes e descendentes dun individuo.

Epígrafe
ANTECEDENTES FAMILIARES

Servizo
MEDICINA INTERNA / PEDIATRÍA

Xenivorraxias

Descrición
Fluxo de sangue polas enxivas.

Epígrafe
ANTECEDENTES PERSOAIS

Servizo
HEMATOLOXÍA

Xestose

Descrición
Calquera manifestación toxémica do embarazo.

Epígrafe
ANTECEDENTES PERINATAIS

Servizo
PEDIATRÍA

XIBAS

Descrición
Abombamentos anormais do peito ou das costas causados por unha malformación do tórax ou da columna vertebral

Epígrafe
EXPLORACIÓN FÍSICA

Servizo
REHABILITACIÓN

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DOS SERVIZOS HOSPITALARIOS

DOCUMENTACIÓN XERAL ■

DOCUMENTACIÓN POR SERVIZOS ■

[SESIÓNS DE NORMALIZACIÓN →](#)

[DOCUMENTOS NORMALIZADOS →](#)

[MANUAIS DE USO DOS DOCUMENTOS NORMALIZADOS →](#)

ÁMBITOS DE USO

Servizos dos hospitais.

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

Hospitalización.

Consultas externas.

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO

MOTIVO DE ASISTENCIA

Causa ou razón pola que o paciente é atendido ou solicita atención.

Obrigatorio.

ANTECEDENTES PERSOAIS

Datos ou circunstancias persoais anteriores ao estado actual. Se non hai ou non son relevantes, deberá poñerse “Sen interese”.

Obrigatorio.

ALERXIAS

Hipersensibilidade a unha substancia (alérxeno) con reaccións respiratorias, dixestivas ou eruptivas. Incluirá as reaccións adversas a medicamentos, que son efectos non desexados que aparecen ao administrar un medicamento á dose adecuada, para a indicación axeitada, durante o tempo adecuado. Se non hai ou non son relevantes, deberá poñerse “Non refire”.

Obrigatorio.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Datos ou circunstancias familiares anteriores ao estado actual. Se non hai ou non son relevantes deberá poñerse “Sen interese”.

Obrigatorio.

ENFERMIDADE ACTUAL

Datos obtidos polo médico baseados no motivo da asistencia e/ou nos resultados da entrevista persoal realizada ao paciente.

Obrigatorio.

ANAMNESE POR APARELLOS

Datos obtidos polo médico baseados na entrevista persoal realizada ao paciente, seguindo unha ordenación estruturada por órganos e sistemas.

Non obrigatorio.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Exame realizado polo médico para avaliar o estado de saúde ou enfermidade do paciente. O contido desta epígrafe e específico para cada servizo.

Non obrigatorio.

XUÍZO CLÍNICO

Impresión do médico baseada na entrevista persoal e/ou nos resultados do exame realizado ao paciente.

Obrigatorio.

PLAN DIAGNÓSTICO

Actuacións que se deben levar a cabo para precisar o estado de saúde ou enfermidade do paciente.

Non obrigatorio.

PLAN TERAPÉUTICO

Actuacións que se deben levar a cabo coa finalidade de manter e promover o estado de saúde ou procurar a recuperación, rehabilitación, readaptación física, mental e social do paciente.

Obrigatorio.




Paciente:	NHC:	CIP:	Réxime:	Data Nac.:	Sexo:
	Enderezo:		Teléfono:		

PROTOCOLO CIRÚRXICO

SERVIZO:

DATA DA INTERVENCIÓN (dd/mm/aaaa)

HORA DE INICIO (h:mm) HOA DE REMATE (h:mm)

CARÁCTER

Programada

Urxente

Cirurxiáns:

Anestesistas:

Instrumentistas:

DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO

DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO

INTERVENCIÓN

DESCRIPCIÓN DA INTERVENCIÓN

[Anestesia] [Posición] [Técnica] [Incisión] [Pachados] [Drenaxes] [Pecho] [Mostras remitidas] [Incidencias]
 [Vullaxe antibiótica] [Situación de saída] [Outros]

Doplos intraoperatoria

1/2




Paciente:	NHC:	CIP:	Réxime:	Data Nac.:	Sexo:
	Enderezo:		Teléfono:		

ESQUEMA DA INTERVENCIÓN

Localidade, <dia> de <mes> de <ano>
 Asdo. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

2/2

<p>ÁMBITOS DE USO Servizos cirúrxicos dos hospitais.</p> <p>NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO Hospitalización. Intervencións ambulatorias.</p>	<p>PERFÍS PROFESIONAIS DE USO</p> <p> Escritura: Facultativos dos servizos cirúrxicos dos hospitais</p> <p> Consulta: Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.</p>	
<p>NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO</p> <p>DATA DA INTERVENCIÓN Data. Obrigatorio.</p> <p>HORA DE INICIO Data. Obrigatorio.</p> <p>HORA DE REMATE Data. Obrigatorio.</p> <p>CARÁCTER Check múltiple. Excluínte Obrigatorio.</p> <p>Cirurgián/s Texto. Obrigatorio.</p> <p>Anestesista/s Texto. Obrigatorio.</p> <p>Instrumentista/s Texto. Obrigatorio.</p> <p>DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO Texto. Obrigatorio.</p>	<p>DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO Texto. Obrigatorio.</p> <p>INTERVENCIÓN Texto. Obrigatorio.</p> <p>DESCRIPCIÓN DA INTERVENCIÓN Texto. Obrigatorio.</p> <p>BIOPSIA INTRAOPERATORIA Check único. Non obrigatorio.</p> <p>ESQUEMA DA INTERVENCIÓN Debuxo.</p>	




Paciente:	NHC:	CIP:	Número:	Data Nac.:	Sexo:
Enderezo:			Teléfono:	NSS:	

INFORME DE ALTA

SERVIZO:

DATA DE INGRESO (dd/mm/aaaa)

MOTIVO DE INGRESO

DATA DE ALTA (dd/mm/aaaa)

MOTIVO DE ALTA

RESUMO DA ANAMNESE E EXPLORACIÓN FÍSICA

EXPLORACIÓN COMPLEMENTARIAS

EVOLUCIÓN

PROCEDEMENTOS
 [Procedementos cirúrxicos] [Procedementos obstétricos] [Outros procedementos]

DIAGNÓSTICO
 [Diagnóstico principal] [Outros diagnósticos]

RECOMENDACIÓN TERAPÉUTICAS

Localidade, < día > de < mes > de < ano >
 Asdo. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

1/2






Paciente:	NHC:	CIP:	Número:	Data Nac.:	Sexo:
Enderezo:			Teléfono:	NSS:	

DIAGNÓSTICO
 [Diagnóstico principal] [Outros diagnósticos]

TRATAMENTOS

Localidade, < día > de < mes > de < ano >
 Asdo. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

2/2

<p>ÁMBITOS DE USO Servizos dos hospitais.</p> <p>NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO Hospitalización.</p>	<p>PERFÍS PROFESIONAIS DE USO</p> <p> Escritura: Facultativos dos servizos dos hospitais.</p> <p> Consulta: Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.</p>
--	---

<p>NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO</p> <p>DATA DE INGRESO Data. Obrigatorio.</p> <p>MOTIVO DE INGRESO Texto. Obrigatorio.</p> <p>DATA DE ALTA Data. Obrigatorio.</p> <p>MOTIVO DE ALTA Combo. Valores: Destino a domicilio / Traslado a outro hospital / Traslado a centros sociosanitarios / Alta voluntaria / <i>Exitus</i>. Obrigatorio.</p> <p>ANTECEDENTES PERSOAIS Texto. Obrigatorio.</p> <p>ENFERMIDADE ACTUAL Texto. Obrigatorio.</p> <p>EXPLORACIÓN FÍSICA Texto. Non obrigatorio.</p>	<p>EXPLORACIÓNS COMPLEMENTARIAS Texto. Non obrigatorio.</p> <p>EVOLUCIÓN Texto. Obrigatorio.</p> <p>PROCEDEMENTOS CIRÚRXCOS Texto. Non obrigatorio.</p> <p>DIAGNÓSTICO Texto. Non obrigatorio.</p> <p>TRATAMENTOS Texto. Obrigatorio.</p>
---	--

			
Paciente:	CIP:	Dat. Nac.:	Sexo:
NHC:	Rxime:	NSS:	
Enderezo:	Telefone:		

INFORME MÉDICO

SERVIZO:

Localidade, < día > de < mes > de < ano >
Aado, Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

ÁMBITOS DE USO

Servizos dos hospitais.

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

Hospitalización.

Consultas externas.

Intervencións ambulatorias.

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO

Cadro de texto

Texto.

Obrigatorio.



Paciente: _____
NHC: _____ CIP: _____ Rótulo: _____ Data Nac.: _____ RSS: _____ Sexo: _____
Enderezo: _____ Teléfono: _____



INFORME DE TRASLADO

SERVIZO: _____

DATA DE INGRESO (dd/mm/aaaa)

DATA DE TRASLADO (dd/mm/aaaa)

Localidade, < día > de < mes > de < ano >
Asdo. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

<p>ÁMBITOS DE USO Servizos dos hospitais.</p> <p>NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO Hospitalización.</p>	<p>PERFÍS PROFESIONAIS DE USO</p> <p> Escritura: Facultativos dos servizos dos hospitais.</p> <p> Consulta: Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.</p>
--	---

<p>NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO</p> <p>DATA DE INGRESO Data. Obrigatorio.</p> <p>DATA DE TRASLADO Data. Obrigatorio.</p> <p>Cadro de texto Texto. Obrigatorio.</p>	
--	--

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Profesión: Data Nec.: Sexo: Estado civil:
 Enderezo: Teléfono:

PARTE DE LESIÓNS AO XULGADO DE GARDA

SERVICIO:

D./Dª _____, médico/a,
 comunicou a Vde. que ás _____ horas do día _____ mes _____ ano _____
 atendeu no centro sanitario/domicilio _____
 Localidade _____
 a D./Dª _____
 Data de nacemento _____ DNI/Pasaporte _____
 con enderezo na rúa _____ Nº _____
 Localidade _____

E remítele o seguinte informe médico:

DATA DOS FEITOS (dd/mm/aaaa) _____ HORA DOS FEITOS (hh:mm) _____
 LUGAR ONDE SE PRODUCIRON _____
 CAUSAS REFERIDAS _____
 No caso de "accidente laboral":
 Nome da empresa _____
 Actividade que estaba a desenvolver _____

1/3

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Profesión: Data Nec.: Sexo: Estado civil:
 Enderezo: Teléfono:

TOMA DOUTRAS MOSTRAS (DEPARTAMENTO MÉDICO-FORENSE)

DIAGNÓSTICO

TRATAMENTO

Médico Crónico Pequena cinesia

PLAN DE ACTUACIÓN E OBSERVACIÓN

Ingresado Hora do ingreso (hh:mm) _____ Servizo _____
 Alta Data da alta (dd/mm/aaaa) _____ Hora da alta _____
 Exitos

PROGNÓSTICO

O que, ante a posible condición desta institución de prexudicada, e por se os feitos puidesen constituir infracción penal, se comunica para os efectos xudiciais.

SUSANA MAXISTRADORA XUÍZA DO XULGADO DE GARDA

3/3

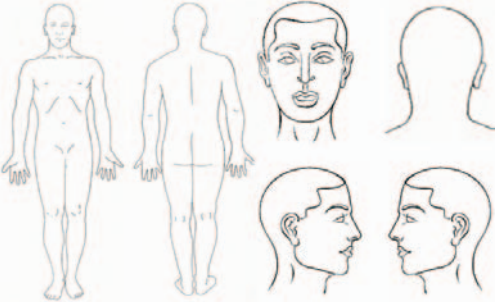
SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Profesión: Data Nec.: Sexo: Estado civil:
 Enderezo: Teléfono:

EXPOSICIÓN DOS FEITOS

ANTECEDENTES PERSOAIS

EXPLORACIÓN FÍSICA



ESTADO EMOCIONAL ACTUAL

PROBAS COMPLEMENTARIAS

2/3

ÁMBITOS DE USO

Servizos dos hospitais.

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.
Consultas externas.
Urxencias.**

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO

D./D.ª

Texto.

Obrigatorio.

Horas

Data.

Obrigatorio.

Día

Data.

Obrigatorio.

Mes

Texto.

Obrigatorio.

Ano

Texto.

Obrigatorio.

Domicilio

Texto.

Obrigatorio.

Localidade

Texto.

Obrigatorio.

D./D.ª.

Texto.

Obrigatorio.

Data de nacemento

Data.

Obrigatorio.

DNI/Pasaporte

Texto.

Obrigatorio.

Rúa

Texto.

Obrigatorio.

N.º

Numérico (0).

Obrigatorio.

Localidade

Texto.

Obrigatorio.

DATA DOS FEITOS

Data.

Obrigatorio.

HORA DOS FEITOS

Data.

Obrigatorio.

LUGAR ONDE SE PRODUCIRON

Texto.

Obrigatorio.

CAUSAS REFERIDAS

Combo.

Valores: Aborto ilegal / Abuso sexual / Accidente de tráfico / Accidente fortuíto / Accidente laboral / Agresión / Autolesión / Envenenamento / Intoxicación / Maltrato infantil / Violencia de xénero / Outras, especificar

Se “CAUSAS REFERIDAS” = Outras

Cadro de texto

Texto.

Obrigatorio.

Se “CAUSAS REFERIDAS” = Accidente laboral

Nome da empresa

Texto.

Obrigatorio.

Actividade que estaba a desenvolver

Texto.

Obrigatorio.

EXPOSICIÓN DOS FEITOS

Texto.

Obrigatorio.

Reflectirase a data, hora e lugar da agresión, relatándoa de forma textual segundo a declaración da vítima. Anotarase todas as rexións anatómicas onde manifesta ser agredida e o mecanismo ou obxecto (puñada, patada, pau, coitelo...) que se empregou para a agresión. Preguntaráselle se coñece o presunto agresor e anotarase nese caso, aínda que non se presionará para que responda, senón que debe facelo voluntariamente. Cómpre ter en conta que non é función do persoal sanitario comprobar a veracidade do narrado. Moitas veces a vítima oculta a orixe das lesións, polo que a declaración pode deberse unicamente á sospeita médica, e nese caso debe constar esa discordancia.

ANTECEDENTES PERSOAIS

Texto.

Non obrigatorio.

Datos de interese en relación coas lesións e existencia ou non de episodios previos.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Texto.

Obrigatorio.

Descríbanse as lesións (morfoloxía, tamaño, estruturas afectadas...), xa sexan rozaduras, feridas, contusións, hematomas, fracturas, etc., tratando de coñecer a data aproximada. Tamén deberá constar outro tipo de exploracións se son relevantes: auscultación cardiopulmonar, palpación abdominal, exame neurolóxico, exploración oftalmolóxica, etc. Nos casos de agresión sexual, dado que debe ser examinada por profesionais de medicina forense e xinecoloxía, remitirse directamente a un centro hospitalario para así evitar a repetición innecesaria de exploracións.

ESTADO EMOCIONAL ACTUAL

Texto.

Obrigatorio.

É importante recoller o seu estado emocional: pouco comunicativa, triste, atemorizada, con sentimentos de culpa. Nos hospitais en que haxa persoal de psiquiatría de garda débese ofrecer a interconsulta a este departamento.

PROBAS COMPLEMENTARIAS

Texto.

Non obrigatorio.

Constarán os estudos complementarios solicitados (radioloxía convencional, ecografías, TAC, análises...), así como os resultados obtidos se son relevantes.

TOMA DOUTRAS MOSTRAS (DEPARTAMENTO MÉDICO-FORENSE)

Texto.

Non obrigatorio.

DIAGNÓSTICO

Texto.

Obrigatorio.

TRATAMENTO

Check múltiple.

Non excluínte.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Cadro de texto

Texto.

Obrigatorio se non cobre ningunha outra epígrafe deste apartado.

Indicarase a asistencia administrada no centro sanitario: curas, necesidade de puntos de sutura, profilaxe antitetánica, férulas... e o tratamento recomendado para o seu domicilio como por exemplo analxésicos ou antibióticos.

PLAN DE ACTUACIÓNS E OBSERVACIÓNS

Check múltiple.

Non excluínte.

Non obrigatorio se cobre outro epígrafe deste apartado.

É fundamental anotar se requiriu ingreso e en que servizo (intensivos, traumatoloxía...) e se foi necesaria cirurxía urxente. No caso de alta, indicarase se son necesarias revisións posteriores. Non fai falta dicir que debe constar, se fora o caso, se foi *exitus*.

Se “PLAN DE ACTUACIÓNS E OBSERVACIÓNS” = Ingresado

Hora do ingreso

Data.

Obrigatorio.

Servizo

Combo.

Valores: Listaxe de GNA.

Obrigatorio.

Se “PLAN DE ACTUACIÓNS E OBSERVACIÓNS” = Alta

Data da alta

Data.

Obrigatorio.

Hora da alta

Data.

Obrigatorio.

PRONÓSTICO

Texto.

Non obrigatorio.

Data

13/12/2005

Grupo clínico de asesores asistente

Antonio Parra Arrondo
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Carmen Vidal Pan
C.H. Universitario de Santiago.

Pilar Iriarte Sotés
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

M^a Teresa Soto Mera
C.H. de Pontevedra.

Grupo de documentalistas asistente

Ramón Ares Rico
División de Asistencia Sanitaria.

Miguel Costas Sueiras
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Ignacio Juanatey Dorado
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Jesús Conde Freire
C.H. Xeral-Calde.

Román García de la Infanta
C.H. de Ourense.

José A. Falagán Mota
C.H. de Pontevedra.

Mar Díaz Terciado
C.H. Universitario de Vigo.

Documentos elaborados**Anamnese e exploración física.****Data**

11/1/2006

Grupo clínico de asesores asistente

Antonio Parra Arrondo
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Carmen Vidal Pan
C.H. Universitario de Santiago.

Pilar Iriarte Sotés
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Celsa Pérez Carral
Hospital da Costa.

M^a del Mar García Álvarez-Eire
C.H. de Ourense.

Teresa Soto Mera
C.H. de Pontevedra.

Carmen Marcos Bravo
C.H. Universitario de Vigo.

Documentos elaborados**Anamnese e exploración física.****Alergoloxía**

Anestesioloxía e Reanimación

Anxioloxía e Cirurxía Vascular

Aparello Dixestivo

Cardioloxía

Cirurxía Cardíaca

Cirurxía Maxilofacial

Cirurxía Pediatría

Cirurxía Plástica

Cirurxía Torácica

Cirurxía Xeral e Dixestiva

Dermatoloxía

Endocrinoloxía

Hematoloxía Clínica

Hospitalización a Domicilio

Medicina Interna

Medicina Intensiva

Medicina Preventiva

Nefroloxía

Neurocirurxía

Neurofisioloxía Clínica

Neuroloxía

Obstetricia

Oftalmoloxía

Oncoloxía Médica

Otorrinolaringoloxía

Pediatría

Pneumoloxía

Psiquiatría

Radiodiagnóstico

Rehabilitación

Reumatoloxía

Traumatoloxía

Uroloxía

Xeriatría

Xinecoloxía




Paciente:	Data Nac.:	Sexo:
NHC:	CIP:	Réxime:
Enderezo:	Teléfono:	NSS:

ANAMNESE E EXPLORACIÓN FÍSICA

SERVIZO: ALERGOLOXÍA

MOTIVO DE ASISTENCIA



ANTECEDENTES PERSOAS

ANTECEDENTES FAMILIARES

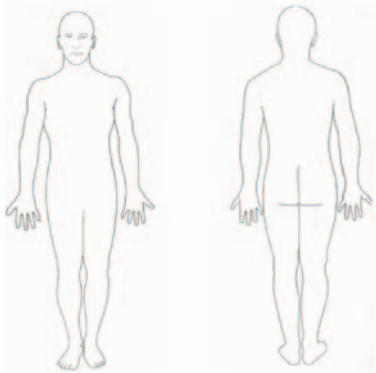
ENFERMIDADE ACTUAL

EXPLORACIÓN FÍSICA

1/2

Paciente:	Data Nac.:	Sexo:
NHC:	CIP:	Réxime:
Enderezo:	Teléfono:	NSS:



XUZO CLÍNICO

PLAN DIAGNÓSTICO

PLAN TERAPÉUTICO

Localidade, <dia> de <mes> de <ano>
Asdo. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

2/2

ÁMBITOS DE USO

Servizos de Alergología dos hospitais.

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.
Consultas externas.**

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Alergología dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO

MOTIVO DE ASISTENCIA

Texto

Obrigatorio.

ANTECEDENTES PERSOAIS

Texto.

Obrigatorio.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Texto.

Obrigatorio.

ENFERMIDADE ACTUAL

Texto.

Obrigatorio.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Texto.

Non obrigatorio.

XUÍZO CLÍNICO

Texto.

Obrigatorio.

PLAN DIAGNÓSTICO

Texto.

Non obrigatorio.

PLAN TERAPÉUTICO

Texto.

Obrigatorio.

Data

6/2/2006

Grupo clínico de asesores asistente

Lucinda Encinar Arias
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Manuel A. Camba Rodríguez
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Amadeo Toledo Presedo
C.H. Xeral-Calde.

Carlos Izquierdo Rodríguez
C.H. de Ourense.

Ricardo Mallo Fernández
C.H. de Pontevedra.

Raúl Vilar Narváez
C.H. Universitario de Vigo.

Rafael Pita Romero Caamaño
C.H. Universitario de Vigo.

Grupo de documentalistas asistente

Ignacio Juanatey Dorado
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

M^a Holanda Rodríguez Vázquez
C.H. Universitario de Vigo.

Ramón Ares Rico
División de Asistencia Sanitaria.

Documentos elaborados

[Anamnese e exploración física. Consulta preanestésica.](#)

Data

21/2/2006

Grupo clínico de asesores asistente

Manuel A. Camba Rodríguez
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Ricardo Bermejo Díaz de Rábago
C.H. Xeral-Calde.

Carlos Izquierdo Rodríguez
C.H. de Ourense.

Ricardo Mallo Fernández
C.H. de Pontevedra.

Raúl Vilar Narváez
C.H. Universitario de Vigo.

Grupo de documentalistas asistente

Ignacio Juanatey Dorado
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Documentos elaborados

[Control postanestésico.](#)

Alergología

Anestesiología e Reanimación

Anxioloxía e Cirurxía Vascular

Aparello Dixestivo

Cardioloxía

Cirurxía Cardíaca

Cirurxía Maxilofacial

Cirurxía Pedlátrica

Cirurxía Plástica

Cirurxía Torácica

Cirurxía Xeral e Dixestiva

Dermatoloxía

Endocrinoloxía

Hematoloxía Clínica

Hospitalización a Domicilio

Medicina Interna

Medicina Intensiva

Medicina Preventiva

Nefroloxía

Neurocirurxía

Neurofisioloxía Clínica

Neuroloxía

Obstetricia

Oftalmoloxía

Oncoloxía Médica

Otorrinolaringoloxía

Pediatría

Pneumoloxía

Psiquiatría

Radiodiagnóstico

Rehabilitación

Reumatoloxía

Traumatoloxía

Uroloxía

Xeriatría

Xinecoloxía

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

**ANAMNESE E EXPLORACIÓN FÍSICA
CONSULTA PREANESTÉSICA**

SERVIZO: ANESTESIOLOXÍA E REANIMACIÓN

MOTIVO DE ASISTENCIA
 [Diagnóstico]

[Intervención clínica]

Programada
 Urxente

ANTECEDENTES PERSOAIS
 [Enfermidades] [Intervencións] [Historia anestésica] [Transfusións] [Hábitos tóxicos]
 [Situación social e funcional] [Medicación actual] [Profesión] [Outros]

ALERXIAS
 [Tipo de manifestación]

ANTECEDENTES FAMILIARES
 [Problemas anestésicos]

ENFERMIDADE ACTUAL

ANAMNESE POR APARELLOS

1/4

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

ABDOME

EXTREMIDADES

NEUROMUSCULAR

COLUMNA VERTEBRAL

PROBAS COMPLEMENTARIAS

ANÁLITICA

Hemograma Normal
 Coagulación Normal
 Bioquímica Normal

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX Normal

ECG Normal

OUTRAS PROBAS Normal

3/4

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA máx/min (mm Hg) FC (batesos/min) FR (resp/min)
presión arterial Frecuencia cardíaca Frecuencia respiratoria

Tª (°C) - Peso (kg) Talle (cm) IMC
Temperatura Saturación Índice de masa corporal (BMI)

ESTADO XERAL

CABEZA-PESCOZO

Mallampati

Outros índices

Prótese dentaria
 SI Fixa Móbil
 NON

Suspeita de intubación difícil

TÓRAX

EXPLORACIÓN CARDÍACA

EXPLORACIÓN PULMONAR

2/4

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

VALORACIÓN DO RISCO ANESTÉSICO

ASA

XUÍZO CLÍNICO

Decisión ante a intervención Multivo de demora ou rexeitamento

OBSERVACIÓNS

PLAN DIAGNÓSTICO

PLAN TERAPÉUTICO
 [Ordres perioperatorias]

Localidade, < día > de < mes > de < ano >
 Asdo. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

4/4

ÁMBITOS DE USO

Servizos de Alergología dos hospitais.

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

Consultas externas.

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Alergología dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO

MOTIVO DE ASISTENCIA

Diagnóstico

Texto.
Obrigatorio.

Intervención cirúrxica

Check múltiple.
Excluínte.
Obrigatorio

ANTECEDENTES PERSOAIS

Texto.
Obrigatorio.

ALERXIAS

Texto.
Obrigatorio.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Texto.
Obrigatorio.

ENFERMIDADE ACTUAL

Texto.
Obrigatorio.

ANAMNESE POR APARELLOS

Texto.
Non obrigatorio.

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA

Numérico (0).
Non obrigatorio.

FC

Numérico (0).
Non obrigatorio.

Tª

Numérico (1).
Non obrigatorio.

Localización

Combo.
Valores: Axilar / Rectal / Bucal / Transtimpánica.
Non obrigatorio.

Peso

Numérico (1)
Non obrigatorio.
Obrigatorio para o cálculo do IMC.

Talle

Numérico (0)
Non obrigatorio.
Obrigatorio para o cálculo do IMC.

IMC

Numérico (2)
Fórmula = $\text{Peso} / \text{Talle}^2$
Non obrigatorio.

ESTADO XERAL

Texto.
Non obrigatorio.

CABEZA-PESCOZO

Texto.
Non obrigatorio.

Mallampati

Combo.
Valores: 1 / 2 / 3 / 4 / 5.
Non obrigatorio.

Outros índices

Texto.
Non obrigatorio.

Prótese dentaria

Check múltiple.
Excluínte.
Non obrigatorio.

Se "Prótese dentaria" = SI

Fixa-Móbil

Check múltiple
Excluínte.
Obrigatorio.

Sospeita de intubación difícil

Check único.
Non obrigatorio.

Cadro de texto.

Texto.
Non obrigatorio.

TÓRAX

Exploración cardíaca

Texto.
Non obrigatorio.

Exploración pulmonar

Texto.
Non obrigatorio.

ABDOME

Texto.
Non obrigatorio.

EXTREMIDADES.

Texto.
Non obrigatorio.

NEUROMUSCULAR.

Texto.
Non obrigatorio.

COLUMNA VERTEBRAL.

Texto.
Non obrigatorio.

PROBAS COMPLEMENTERIAS

ANALÍTICA

Hemograma

Normal
Check único.
Non obrigatorio.

Cadro de texto

Texto.
Non obrigatorio.

Coagulación

Normal
Check único.
Non obrigatorio.

Cadro de texto

Texto.
Non obrigatorio.

Bioquímica

Normal
Check único.
Non obrigatorio.

Cadro de texto

Texto.
Non obrigatorio.

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX

Normal
Check único.

Non obrigatorio.

Cadro de texto

Texto.
Non obrigatorio.

EKG

Normal
Check único.
Non obrigatorio.

Cadro de texto

Texto.
Non obrigatorio.

OUTRAS PROBAS

Normal

Check único.
Non obrigatorio.

Cadro de texto

Texto.
Non obrigatorio.

VALORACIÓN DO RISCO ANESTÉSICO

ASA

Combo.
Valores: I / II / III / IV / V.
Non obrigatorio.

Decisión ante a intervención

Combo.
Valores: Aceptada con ingreso /
Aceptada con CMA / Demorada /
Rexeitada.
Non obrigatorio.

**Se "Decisión ante a intervención" =
Demorada ou Rexeitada**

Cadro de texto

Texto.
Obrigatorio

OBSERVACIÓNS

Texto.
Non obrigatorio.

PLAN DIAGNÓSTICO

Texto.
Non obrigatorio.

PLAN TERAPÉUTICO

Texto.
Obrigatorio.

SERGAS Hospital

Paciente: NHC: CIP: Róxime: Data Nac.: NSS: Sexo: Enderezo: Teléfono:

CONTROL POSTANESTÉSICO

SERVIZO: ANESTESIOLOXÍA E REANIMACIÓN

OXÍGENOTERAPIA **FLUIDOTERAPIA**

Ventimask (%) Olibcos a 5% (m/24h) Fisiolóxica (m/24h)
 Cánulas nasais a (l/min) Olibcos aliño (m/24h) Rínges-Hactabo (m/24h)
 Outros

MEDICACIÓN

Medicamento	Dose	Unidade	Vía	Outros
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1/3

SERGAS Hospital

Paciente: NHC: CIP: Róxime: Data Nac.: NSS: Sexo: Enderezo: Teléfono:

TEST DE AVALIACIÓN POSTANESTÉSICA

TEST DE ALDRETE		Puntuación	INGRESO	ALTA
ACTIVIDADE	4 EXTREMIIDADES	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 EXTREMIIDADES	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0 EXTREMIIDADES	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RESPIRACIÓN	CORRECTA	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	DEFGULTOSA	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CON AXUDA	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIRCULACIÓN	T.A. \pm 20% BASAL	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	T.A. \pm 50% BASAL	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	T.A. > 50% BASAL	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONSCIENCIA	TOTAL DESPERTO	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	DESPERTA Á CHAMADA	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COLORACIÓN	NON RESPONDE	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ROSA	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PÁLIDA	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CIANÓTICA	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAL			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATOS DA ALTA

Data da alta (dd/mm/aaaa) Hora da alta (hh:mm)

Destino á alta

Localidade, < día > de < mes > de < ano >
 Asido: Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

3/3

SERGAS Hospital

Paciente: NHC: CIP: Róxime: Data Nac.: NSS: Sexo: Enderezo: Teléfono:

PROTOCOLO DA UNIDADE DA DOR

DATA DA INTERVENCIÓN (dd/mm/aaaa)

CONSTANTES

Hora (hh:mm)	FC	TA (máx/mín)	TP	Sa O ₂	PVC	Diurese	Soros	Drenaxes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FC (batexos/min) TA máx/mín (mm Hg) TP (°C) Sa O₂ (%) PVC (mm Hg)
 Frecuencia cardíaca Tensión arterial Temperatura Saturación O₂ Presión venosa central

Diurese (ml) Soros (ml) Drenaxes (ml)

2/3


ÁMBITOS DE USO


Servizos de Anestesiología e Reanimación dos hospitais.

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.
Consultas externas.**

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO

 **Escritura: Facultativos dos servizos de Anestesiología e Reanimación dos hospitais.**

 **Consulta: Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO

OXIXENOTERAPIA

Ventimask

Numérico (0).
Non obrigatorio.

Cánulas nasais

Numérico (0).
Non obrigatorio.

Glicosa 5 %

Numérico (0).
Non obrigatorio.

Glicosalino

Numérico (0).
Non obrigatorio.

Fisiolóxico

Numérico (0).
Non obrigatorio.

Ringer-lactato

Numérico (0).
Non obrigatorio.

Outros

Texto.
Non obrigatorio.

MEDICACIÓN

Medicamento

Combo.

Valores: Adenosina / Adrenalina / Alfentanilo / Amiodarona / Andanasetron / Atracurio / Atropina / Bupivacaína / Buprenorfina / Cisatracurio / Clorazepato / Clorpromacina / Codeína / Dehidrobenzoperidol / Desflorane / Dexketoprofeno / Diacepán / Dobutamina / Dopamina / Edrofonio / Efedrina / Escopolamina / Esmolol / Ethomidato / Etrane / Fenilefrina / Fentanilo / Flumaceniil / Haloperidol / Halotano / Ketamina / Ketorolato / Labetalol / Levobupivacaína / Lidocaína / Meperidina / Mepivacaína / Metamizol / Midazolán / Mivacurio / Morfina / Naloxone / Nitroglicerina / Nitroprusiato / Pancuronio / Paracetamol / Pentazocina / Pontocaína / Prilocaína / Prometazina / Propanolol / Propofol / Prostigmine / Protóxido / Remifentanilo / Rocuronio / Ropivacaína / Salicilato / Sevoflorane / Succinilcolina / Surfentanilo / Tiopental / Toradrenalina / Tramadol / Uradipilo / Vecuronio.

Obrigatorio.

Dose

Numérico (0).
Obrigatorio.

Unidade

Combo.
Valores: mg / µg / UI / % / ml/h
Obrigatorio.

Vía

Combo.
Valores: i.m. / i.v. / Inhalatoria / Espiñal / Subcutánea.
Obrigatorio.

PROTOCOLO DA UNIDADE DA DOR

Texto
Non obrigatorio.

DATA DA INTERVENCIÓN

Data.
Obrigatorio.

CONSTANTES

Hora

Numérico (0).
Obrigatorio.

FC

Numérico (0).
Non obrigatorio.

TA

Numérico (0).
Non obrigatorio.

Tª

Numérico (1).
Non obrigatorio.

Sa O₂

Numérico (0).
Non obrigatorio.

PVC

Numérico (0).
Non obrigatorio.

Diurese

Numérico (0).
Non obrigatorio.

Soros

Numérico (0).
Non obrigatorio.

Drenaxes

Numérico (0).
Non obrigatorio.

TEST DE AVALIACIÓN POSTANESTÉSICA

Texto.
Non obrigatorio.

TEST DE ALDRETE**INGRESO/ALTA**

Non excluínte.

ACTIVIDADE

Check numérico múltiple.
Excluínte.
Non obrigatorio.

RESPIRACIÓN

Check numérico múltiple.
Excluínte.
Non obrigatorio.

CIRCULACIÓN

Check numérico múltiple.
Excluínte.
Non obrigatorio.

CONSCIENCIA

Check numérico múltiple.
Excluínte.
Non obrigatorio.

COLORACIÓN

Check numérico múltiple.
Excluínte.
Non obrigatorio.

TOTAL

Numérico (0).
Fórmula = ACTIVIDADE +
RESPIRACIÓN + CIRCULACIÓN +
CONSCIENCIA + COLORACIÓN.
Non obrigatorio.

DATOS DA ALTA**Data da alta**

Data.
Non obrigatorio.

Hora da alta

Data.
Non obrigatorio.

Destino á alta

Combo.
Valores: Planta / Unidade de
Reanimación / Domicilio / Outro.

Se "Destino á alta" = Outro**Cadro de texto**

Texto.
Obrigatorio.

Data:

7/11/2005

Grupo clínico de asesores asistente:

Ramón Segura Iglesias
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Manuel Martínez Pérez
C.H. Universitario de Santiago.

José M^a. García Colodro
C.H. Xeral-Calde.

Francisco Javier Molina Herrero
C.H. de Ourense.

Raúl García Casas
C.H. de Pontevedra.

Begoña Torrón Casal
C.H. Universitario de Vigo.

Grupo de documentalistas asistentes:

Miguel Costas Sueiras
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Ignacio Juanatey Dorado
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

José Falagán Mota
C.H. de Pontevedra.

Marta Carbajo Vicente
C.H. Universitario de Vigo.

Documentos elaborados:

[Anamnese e exploración física.](#)

Data:

22/11/2005

Grupo clínico de asesores asistente:

Ramón Segura Iglesias
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Manuel Martínez Pérez
C.H. Universitario de Santiago.

Francisco Javier Molina Herrero
C.H. de Ourense.

Begoña Torrón Casal
C.H. Universitario de Vigo.

Grupo de documentalistas asistentes:

Ignacio Juanatey Dorado
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Jesús Conde Freire
C.H. Xeral-Calde.

Documentos elaborados:

[Anamnese e exploración física.](#)

Alergoloxía

Anestesioloxía e Reanimación

Anxioloxía e Cirurxía Vascular

Aparello Dixestivo

Cardioloxía

Cirurxía Cardíaca

Cirurxía Maxilofacial

Cirurxía Pedlátrica

Cirurxía Plástica

Cirurxía Torácica

Cirurxía Xeral e Dixestiva

Dermatoloxía

Endocrinoloxía

Hematoloxía Clínica

Hospitalización a Domicilio

Medicina Interna

Medicina Intensiva

Medicina Preventiva

Nefroloxía

Neurocirurxía

Neurofisioloxía Clínica

Neuroloxía

Obstetricia

Oftalmoloxía

Oncoloxía Médica

Otorrinolaringoloxía

Pediatría

Pneumoloxía

Psiquiatría

Radiodiagnóstico

Rehabilitación

Reumatoloxía

Traumatoloxía

Uroloxía

Xeriatría

Xinecoloxía

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

ANAMNESE E EXPLORACIÓN FÍSICA

SERVIZO: ANXIOLOXÍA E CIRURXÍA VASCULAR

MOTIVO DE ASISTENCIA:

ANTECEDENTES PERSOAS
 [Enfermidades] [Intervencións] [Transfusións] [Hábitos tóxicos] [Situación social e funcional]
 [Medicación actual] [Profesión] [Outros]

ALERXIAS

ANTECEDENTES FAMILIARES

ENFERMIDADE ACTUAL

ANAMNESE POR APARELLOS

1/6

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

EXPLORACIÓN ARTERIAL

Pulso: SI NON TA máx./mín. (mm Hg) / /
Tensión arterial

DEREITA ESQUERDA

Carótide D Carótide E
 Umeral D Umeral E
 Radial D Radial E
 Cubital D Cubital E
 Femoral D Femoral E
 Poplítea D Poplítea E
 Distal D Distal E

3/6

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

EXPLORACIÓN FÍSICA

EXPLORACIÓN VENOSA



C E A P

INFORME DO LABORATORIO VASCULAR

2/6

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

EXPLORACIÓN ARTERIAL

D. DEREITA E. ESQUERDA S: SI N: NON MS: MEMBRO SUPERIOR MI: MEMBRO INFERIOR

TRONCOS SUPRAAÓRTICOS

ISQUEMIA

Paresia membro superior D E
 Paresia membro inferior D E
 Claudicación membro superior D E
 Hemiplexia D E
 Rubor D E
 Anarose D E
 Discinesia S N
 Afasia S N
 Vertixe S N

ANEURISMA (MASA PULSÁTIL)

Laterocervical D E
 Supraclavicular D E

QUEMOECTOMA (MASA)

Laterocervical D E
 Supraclavicular D E

ESTREITO TORÁCICO

Disestesias S N
 Manobra de Adson S N
 Test de esforzo S N

4/6

Paciente:		Data Nac.:		Sexo:	
NHC:	CIP:	Réxime:	Teléfono:	NSS:	
Enderezo:					
ISQUEMIA MESENTERICA					
Dor abdominal	S	<input type="checkbox"/>	N	<input type="checkbox"/>	
Ileo	S	<input type="checkbox"/>	N	<input type="checkbox"/>	
Peritonismo	S	<input type="checkbox"/>	N	<input type="checkbox"/>	
FÍSTULA AORTOENTERICA					
Melenas	S	<input type="checkbox"/>	N	<input type="checkbox"/>	
Hematemese	S	<input type="checkbox"/>	N	<input type="checkbox"/>	
Rectorraxia	S	<input type="checkbox"/>	N	<input type="checkbox"/>	
PE DIABÉTICO					
Mal perforante	D	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	
Celofite	D	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	
Abceso	D	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	
ANEURISMAS					
Dor torácica	S	<input type="checkbox"/>	N	<input type="checkbox"/>	
Dor abdominal	S	<input type="checkbox"/>	N	<input type="checkbox"/>	
Dor lumbar	S	<input type="checkbox"/>	N	<input type="checkbox"/>	
Febre	S	<input type="checkbox"/>	N	<input type="checkbox"/>	
Síndrome constitucional	S	<input type="checkbox"/>	N	<input type="checkbox"/>	
TRAUMATISMO					
Hematoma	D	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	MS <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/>
Hemorraxia	D	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	MS <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/>

5/6

Paciente:		Data Nac.:		Sexo:	
NHC:	CIP:	Réxime:	Teléfono:	NSS:	
Enderezo:					
ISQUEMIA EXTREMIDADES					
II a	D	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	MS <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/>
II b	D	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	MS <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/>
III	D	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	MS <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/>
IV	D	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	MS <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/>
Palidez	D	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	MS <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/>
Frialdade	D	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	MS <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/>
Lividez	D	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	MS <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/>
Rubor	D	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	MS <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/>
Acrocianose	D	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	MS <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/>
Dedo azul	D	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	MS <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/>
Parestesia	D	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	MS <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/>
Parálise	D	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	MS <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/>
Raynaud	D	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	MS <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/>
Livido	D	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	MS <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/>
Impotencia sexual	S	<input type="checkbox"/>	N	<input type="checkbox"/>	
XUZO CLÍNICO					
<input type="text"/>					
PLAN DIAGNÓSTICO					
<input type="text"/>					
PLAN TERAPÉUTICO					
<input type="text"/>					
Localidade, <dia> de <mes> de <ano>					
Asido: Dr./a. Nome e apelidos do facultativo					

6/6

ÁMBITOS DE USO

Servizos de Anxioloxía e Cirurxía Vascular dos hospitais.

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.
Consultas externas.**

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Anxioloxía e Cirurxía Vascular dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO

MOTIVO DE ASISTENCIA

Texto.
Obrigatorio.

ANTECEDENTES PERSOAIS

Texto.
Obrigatorio.

ALERXIAS

Texto.
Obrigatorio.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Texto.
Obrigatorio.

ENFERMIDADE ACTUAL

Texto.
Obrigatorio.

ANAMNESE POR APARELLOS

Texto.
Non obrigatorio.

EXPLORACIÓN FÍSICA

EXPLORACIÓN VENOSA

Cadro de texto

Texto.
Non obrigatorio.

C

Combo
Valores: 0-Non visible / 1-Telanxiectasias / 2-Varices / 3-Edema / 4-Lesiões cutáneas / 5-Úlcera cicatrizada / 6-Úlcera aberta.

Non obrigatorio.

E

Combo
Valores C-Conxénita / P-Primaria / S-Secundaria.

Non obrigatorio.

A

Combo
Valores: S-Superficial / D-Profunda / P-Perforante.

Non obrigatorio.

P

Combo
Valores: R-Refluxo / O-Obstrución.

Non obrigatorio.

INFORME DO LABORATORIO VASCULAR

Texto.
Non obrigatorio.

EXPLORACIÓN ARTERIAL

Cadro de texto

Texto.
Non obrigatorio.

Pulso

Check múltiple.
Excluínte.
Non obrigatorio.

TA

Numérico (0).
Non obrigatorio.

TRONCOS SUPRAAÓRTICOS

ISQUEMIA

Paresia membro superior

Check múltiple.
Non excluínte.
Non obrigatorio.

Paresia membro inferior

Check múltiple.
Non excluínte.
Non obrigatorio.

Claudicación membro superior

Check múltiple.
Non excluínte.
Non obrigatorio.

Hemiplexía

Check múltiple.
Non excluínte.
Non obrigatorio.

Roubo

Check múltiple.
Non excluínte.
Non obrigatorio.

Amaurose

Check múltiple.
Non excluín-te.
Non obrigatorio.

Discinesia

Check múltiple.
Excluín-te.
Non obrigatorio.

Afasia

Check múltiple.
Excluín-te.
Non obrigatorio.

Vértixe

Check múltiple.
Excluín-te.
Non obrigatorio.

ANEURISMA (MASA PULSÁTIL)

Laterocervical

Check múltiple.
Non excluín-te.
Non obrigatorio.

Supracervical

Check múltiple.
Non excluín-te.
Non obrigatorio.

QUEMODECTOMA

Laterocervical

Check múltiple.
Non excluín-te.
Non obrigatorio.

Supraclavicular

Check múltiple.
Non excluín-te.
Non obrigatorio.

ESTREITO TORÁCICO

Disestesia

Check múltiple.
Excluín-te.
Non obrigatorio.

Maniobra de Adson

Check múltiple.
Excluín-te.
Non obrigatorio.

Test de esforzo

Check múltiple.
Excluín-te.
Non obrigatorio.

ISQUEMIA MESENTÉRICA

Dor abdominal

Check múltiple.
Excluín-te.
Non obrigatorio.

Íleo

Check múltiple.
Excluín-te.
Non obrigatorio.

Peritonismo

Check múltiple.
Excluín-te.
Non obrigatorio.

FÍSTULA AORTOENTÉRICA

Melenas

Check múltiple.
Excluín-te.
Non obrigatorio.

Hematemese

Check múltiple.
Excluín-te.
Non obrigatorio.

Rectorraxia

Check múltiple.
Excluín-te.
Non obrigatorio.

PÉ DIABÉTICO

Mal perforante

Check múltiple.
Non excluín-te.
Non obrigatorio.

Celulite

Check múltiple.
Non excluín-te.
Non obrigatorio.

Absceso

Check múltiple.
Non excluín-te.
Non obrigatorio.

ANEURISMAS

Dor torácica

Check múltiple.
Excluín-te.
Non obrigatorio.

Dor abdominal

Check múltiple.
Excluín-te.
Non obrigatorio.

Dor lumbar

Check múltiple.
Excluín-te.
Non obrigatorio.

Febre

Check múltiple.
Excluín-te.
Non obrigatorio.

Síndrome constitucional

Check múltiple.
Excluín-te.
Non obrigatorio.

TRAUMATISMO

D/E

Non excluín-te

MS/MI

Non excluín-te
Se selecciona D/E débese seleccionar obrigatoriamente MS/MI

Hematoma

Check múltiple.
Non obrigatorio.

Hemorraxia

Check múltiple.
Non obrigatorio.

ISQUEMIA EXTREMIDADES

D/E

Non excluín-te

MS/MI

Non excluín-te
Se selecciona D/E, debe elixir obrigatoriamente MS/MI

II a

Check múltiple.
Non obrigatorio.

II b

Check múltiple.
Non obrigatorio.

III

Check múltiple.
Non obrigatorio.

IV

Check múltiple.
Non obrigatorio.

Palidez

Check múltiple.
Non obrigatorio.

Frialdade

Check múltiple.
Non obrigatorio.

Lividez

Check múltiple.
Non obrigatorio.

Rubor

Check múltiple.
Non obrigatorio.

Acrocianose

Check múltiple.
Non obrigatorio.

Dedo azul

Check múltiple.
Non obrigatorio.

Parestesia

Check múltiple.
Non obrigatorio.

Parálise

Check múltiple.
Non obrigatorio.

Raynaud

Check múltiple.
Non obrigatorio.

Livedo

Check múltiple.
Non obrigatorio.

Impotencia sexual

Check múltiple.
Excluínte.
Non obrigatorio.

XUÍZO CLÍNICO

Texto.
Obrigatorio.

PLAN DIAGNÓSTICO

Texto.
Non obrigatorio.

PLAN TERAPÉUTICO

Texto.
Obrigatorio.

Data:

15/2/2006

Grupo clínico de asesores asistente:

José Luis Vázquez Iglesias
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Alfonso Dopico López
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Ángel Lancho Seco
C.H. Xeral-Calde.

Eloy Sánchez Hernández
C.H. de Ourense.

Juan Clófent Vilaplana
C.H. Universitario de Vigo.

Abel Pallarés Peral
C.H. Universitario de Vigo.

Grupo de documentalistas asistente:

Miguel Costas Sueiras
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Jesús Conde Freire
C.H. Xeral-Calde.

Documentos elaborados:

[Anamnese e exploración física.](#)

Data:

12/7/2006

Grupo clínico de asesores asistente:

Abel Pallarés Peral
C.H. Universitario de Vigo.

Grupo de documentalistas asistente:

Ángel Facio Villanueva
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

M^a Holanda Rodríguez Vázquez
C.H. Universitario de Vigo.

Documentos elaborados:

[Informe de endoscopia dixestiva.](#)

- Alergoloxía
- Anestesioloxía e Reanimación
- Anxioloxía e Cirurxía Vascular
- Aparello Dixestivo**
- Cardioloxía
- Cirurxía Cardíaca
- Cirurxía Maxilofacial
- Cirurxía Pediatría
- Cirurxía Plástica
- Cirurxía Torácica
- Cirurxía Xeral e Dixestiva
- Dermatoloxía
- Endocrinoloxía
- Hematoloxía Clínica
- Hospitalización a Domicilio
- Medicina Interna
- Medicina Intensiva
- Medicina Preventiva
- Nefroloxía
- Neurocirurxía
- Neurofisioloxía Clínica
- Neuroloxía
- Obstetricia
- Oftalmoloxía
- Oncoloxía Médica
- Otorrinolaringoloxía
- Pediatría
- Pneumoloxía
- Psiquiatría
- Radiodiagnóstico
- Rehabilitación
- Reumatoloxía
- Traumatoloxía
- Uroloxía
- Xeriatría
- Xinecoloxía




Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:

Enderezo: Teléfono:

ANAMNESE E EXPLORACIÓN FÍSICA

SERVIZO: APARELLO DIXESTIVO

MOTIVO DE ASISTENCIA

ANTECEDENTES PERSOAS

HTA <input type="checkbox"/>	Alcohol <input type="checkbox"/>	Hepatitis viral B <input type="checkbox"/>	Anticoagulantes <input type="checkbox"/>
Diabete <input type="checkbox"/>	Tabaco <input type="checkbox"/>	Hepatitis viral C <input type="checkbox"/>	Antidregantes <input type="checkbox"/>
ADVP <input type="checkbox"/>			

Indicador de # grupo de compatibilidade

ALERXIAS

ANTECEDENTES FAMILIARES

Cancro colon Cancro gástrico Outros cancros

ENFERMIDADE ACTUAL

ANAMNESE POR APARELLOS

1/2




Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:

Enderezo: Teléfono:

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA máx/min (mm Hg) <input type="text"/> / <input type="text"/>	FC (baterías/min) <input type="text"/>	FR (respiración/min) <input type="text"/>
Tensión arterial	Frecuencia cardíaca	Frecuencia respiratoria

Tª (°C) <input type="text"/>	Peso (kg) <input type="text"/>	Tallo (cm) <input type="text"/>	IMC <input type="text"/>
Temperatura	Índice de masa corporal (IMC)		Índice de masa corporal (IMC)

PROBAS COMPLEMENTARIAS ACHEGADAS

ANALÍTICA

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX

OUTRAS PROBAS

XUZO CLÍNICO

PLAN DIAGNÓSTICO

PLAN TERAPÉUTICO

Localidade, < día > de < mes > de < ano >

Assó. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

2/2

ÁMBITOS DE USO

Servizos de Aparello Dixestivo dos hospitais.

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.
Consultas externas.**

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Aparello Dixestivo dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO

MOTIVO DE ASISTENCIA

Texto.

Obrigatorio.

ANTECEDENTES PERSOAIS

HTA

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Diabete

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

ADVP

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Alcohol

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Tabaco

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Hepatite viral B

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Hepatite viral C

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Anticoagulantes

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Antiagregantes

Check único

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Cadro de texto

Texto.

Obrigatorio se non cobre ningunha outra epígrafe deste apartado.

ALERXIAS

Texto.

Obrigatorio.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Cancro de colon

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Cancro gástrico

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Outros cancros

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Cadro de texto

Texto.

Obrigatorio se non cobre ningunha outra epígrafe deste apartado.

ENFERMIDADE ACTUAL

Texto.

Obrigatorio.

ANAMNESE POR APARELLOS

Texto.

Non obrigatorio.

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA

Numérico (0).

Non obrigatorio.

FC

Numérico (0).

Non obrigatorio.

FR

Numérico (0).

Non obrigatorio.

Tª

Numérico (1)

Non obrigatorio.

Localización

Combo.

Valores: Axilar / Rectal / Bucal / Transtimpánica.

Non obrigatorio.

Peso

Numérico (1).

Non obrigatorio.

Obrigatorio para o cálculo do IMC.

Talle

Numérico (0).

Non obrigatorio.

Obrigatorio para o cálculo do IMC.

IMC

Numérico (2).

Fórmula = $\text{Peso} / \text{Talle}^2$

Non obrigatorio.

Cadro de texto

Texto.

Non obrigatorio.

PROBAS COMPLEMENTARIAS

ANALÍTICA

Texto.

Non obrigatorio.

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX

Texto.

Non obrigatorio.

OUTRAS PROBAS

Texto.

Non obrigatorio.

XUÍZO CLÍNICO

Texto.

Obrigatorio.

PLAN DIAGNÓSTICO

Texto.

Non obrigatorio.

PLAN TERAPÉUTICO

Texto.

Obrigatorio.

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

INFORME DE ENDOSCOPIA DIXESTIVA

SERVIZO: APARELLO DIXESTIVO

SERVIZO SOLICITANTE: _____

MÉDICO SOLICITANTE: _____

PRIORIDADE

Urxente Ordinaria

SITUACIÓN DO PACIENTE

Ambulante Ingresado

MOTIVO DA PETIÇÃO

ACHADOS

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

OBSERVACIÓNS

1/3

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

TOLERANCIA

Boa Regular Mala

APARELLO

REGISTRO DE IMAXES

SI Non

PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS

Biopsia
 Citoloxía
 Cultivos
 Outros _____

Localidade, < día > de < mes > de < ano >
 Asdo. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo


3/3

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:


ENDOSCOPIA DIXESTIVA ALTA

LOCALIZACIÓN APROXIMADA DAS LESIÓNIS



ENDOSCOPIA DIXESTIVA BAXA

ÁREA EXPLORADA **LOCALIZACIÓN DAS LESIÓNIS**



PREMEDICACIÓN

SEDACIÓN

2/3

ÁMBITOS DE USO

Servizos de Aparello Dixestivo dos hospitais.

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.
Consultas externas.**

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Aparello Dixestivo dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO

SERVIZO SOLICITANTE

Texto.

Obrigatorio.

MÉDICO SOLICITANTE

Texto.

Obrigatorio.

PRIORIDADE

Check múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

SITUACIÓN DO PACIENTE

Check múltiple.

Excluínte.

Non obrigatorio.

MOTIVO DA PETICIÓN

Texto.

Obrigatorio.

ACHADOS

Texto.

Obrigatorio.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Texto.

Obrigatorio.

OBSERVACIÓNS

Texto.

Non obrigatorio.

PREMEDICACIÓN

Texto.

Non obrigatorio.

SEDACIÓN

Texto.

Non obrigatorio.

TOLERANCIA

Check múltiple.

Excluínte.

Non obrigatorio.

APARELLO

Texto.

Non obrigatorio.

REXISTRO DE IMAXES

Check múltiple.

Excluínte.

Non obrigatorio.

PROCEDEMENTOS DIAGNÓSTICOS

Check múltiple.

Non excluínte.

Non obrigatorio.

OUTROS

Texto.

Non obrigatorio.

Data:

17/3/2006

Grupo clínico de asesores asistente:

Nicolás Vázquez González
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Antonio Amaro Cendón
C.H. Universitario de Santiago.

Alejandro Mesías Prego
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Juan Carlos Yáñez Wonenburger
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

José Antonio Lombán Villanueva
Hospital da Costa

Manuel Pérez Rodríguez
C.H. de Ourense.

Grupo de documentalistas asistente:

Ignacio Juanatey Dorado
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Román García de la Infanta
C.H. de Ourense.

Documentos elaborados:

Anamnese e exploración física.

Data:

23/3/2006

Grupo clínico de asesores asistente:

Nicolás Vázquez González
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Alejandro Virgós Lamela
C.H. Universitario de Santiago.

Alejandro Mesías Prego
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Juan Carlos Yáñez Wonenburger
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Alberto García Castelo
C.H. Xeral-Calde.

José Antonio Lombán Villanueva
Hospital da Costa.

Manuel Pérez Rodríguez
C.H. de Ourense.

Grupo de documentalistas asistente:

Ignacio Juanatey Dorado
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

M^a Holanda Rodríguez Vázquez
C.H. Universitario de Vigo

Documentos elaborados:

Anamnese e exploración física.

Alergoloxía

Anestesioloxía e Reanimación

Anxioloxía e Cirurxía Vascular

Aparello Dixestivo

Cardioloxía

Cirurxía Cardíaca

Cirurxía Maxilofacial

Cirurxía Pediatría

Cirurxía Plástica

Cirurxía Torácica

Cirurxía Xeral e Dixestiva

Dermatoloxía

Endocrinoloxía

Hematoloxía Clínica

Hospitalización a Domicilio

Medicina Interna

Medicina Intensiva

Medicina Preventiva

Nefroloxía

Neurocirurxía

Neurofisioloxía Clínica

Neuroloxía

Obstetricia

Oftalmoloxía

Oncoloxía Médica

Otorrinolaringoloxía

Pediatría

Pneumoloxía

Psiquiatría

Radiodiagnóstico

Rehabilitación

Reumatoloxía

Traumatoloxía

Uroloxía

Xeriatría

Xinecoloxía

SERGAS **hospital**

Paciente: NHC: CIP: Róxime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

ANAMNESE E EXPLORACIÓN FÍSICA

SERVIZO: **CARDIOLOXÍA**

MOTIVO DE ASISTENCIA

Dispnea Mareo Dor torácica Palpitacións
 Síncopa Alteración ECG Cardiomegalia
 Estado hemodinámico Estado de arritmias Estado de insuficiencia cardíaca
 Protocolo de transplante Cardioversión eléctrica Implante de marcapasos/DAIRCT
Dispositivo subcutáneo implantado:
 Dispositivo cardíaco implantado:

ANTECEDENTES PERSOAIS

Hábitos tóxicos

Alcohol (gral) Fumador Paquetes x ano
 Ex-fumador Desde hai anos meses

Drogas de abuso

Factores de risco cardiovascular

HTA Dislipemia Sedentarismo Obesidade
 DM1 DM2 Pai < 65 anos Nai < 65 anos
Diabete mellitus Diabete mellitus História diabete História diabete

Antecedentes cardiolóxicos

Fibrilación auricular
 Outras TSV
Insuficiencia supraventricular:
 Arritmias ventriculares

1/5

SERGAS **hospital**

Paciente: NHC: CIP: Róxime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

Comorbidades

Enfermidade vascular cerebral
 Enfermidade vascular periférica
 EPOC
Falxocardiopatía:
 Hemorraxia dixestiva previa
 Insuficiencia renal
 Síndrome ansiosa depresiva
 Síndrome metabólica
 Neoplasia
 Hepatopatía
 Tractoño hematolóxico
 Enfermidade transmiútable
 Outras

Intervencións

Situación social e funcional

Activo Profesión
 Pensionista Xubilado Enfermidade Dependencia funcional

Medicación actual

Outros

3/5

SERGAS **hospital**

Paciente: NHC: CIP: Róxime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

Marcapasos
 Ablación por RF
Falxocardiopatía:
 DAIRCT
Dispositivo subcutáneo implantado:
 Dispositivo cardíaco implantado:

Axina estable
 Axina inestable
 IAM con Á ST
Infarto agudo do miocardi:
 IAM con Á ST
Infarto agudo do miocardi:

CABG
Coronary Artery Bypass Graft

ACTIVStent
Dispositivo subcutáneo implantado:
 Dispositivo cardíaco implantado:

Cardeterismo
 Valvulopatía
 Recambio valvular
 Insuficiencia cardíaca
 Pericardite
 Endocardite
 Cardiopatías congénitas
 Febre reumática
 Hipertensión arterial

2/5

SERGAS **hospital**

Paciente: NHC: CIP: Róxime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

ALERXIAS

Penicilina Ácido acetilsalicílico Contrastes iodados

ANTECEDENTES FAMILIARES

Morte súbita Miocardiopatía

ENFERMIDADE ACTUAL

ANAMNESE POR APARELLOS

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA máx/min (mm Hg) / FC (batexos/min) FR (esp/min)
Cardiaco arterial Frecuencia cardíaca Frecuencia respiratoria

T° (°C) - Peso (kg) Taille (cm) IMC
Temperatura Localización: Índice de masa corporal (kg/m²)

[Inspección xerax] [Cabeza] [Pechozo] [Tórax] [Abdomen] [Extremidades]

PROBAS COMPLEMENTARIAS

4/5

SERGAS		Hospital	
Paciente:		Data Nac.:	Sexo:
NHC:	CIP:	Número:	NSS:
Enderezo:		Teléfono:	
XUÉZO CLÍNICO			
Fibrilación auricular	<input type="checkbox"/>		
Outras TSV	<input type="checkbox"/>		
<i>Trastornos supraventriculares</i>			
Arritmias ventriculares	<input type="checkbox"/>		
Ansia estable	<input type="checkbox"/>		
Ansia inestable	<input type="checkbox"/>		
IAM sen Δ ST	<input type="checkbox"/>		
<i>Evento agudo de miocardio</i>			
IAM con Δ ST	<input type="checkbox"/>		
<i>Evento agudo de miocardio</i>			
Valvulopatía	<input type="checkbox"/>		
Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/>		
Pericardite	<input type="checkbox"/>		
Endocardite	<input type="checkbox"/>		
Cardiopatías congénitas	<input type="checkbox"/>		
Febre reumática	<input type="checkbox"/>		
Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>		
Dispnea	<input type="checkbox"/>	Dor torácica	<input type="checkbox"/>
	Sopro	<input type="checkbox"/>	Palpitacións
		<input type="checkbox"/>	Síncope
		<input type="checkbox"/>	Alteración ECG
		<input type="checkbox"/>	
PLAN DIAGNÓSTICO			
PLAN TERAPÉUTICO			
Localidade, < día > de < mes > de < ano >			
Asno. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo			

5/5

ÁMBITOS DE USO

Servizos de Cardioloxía dos hospitais.

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

Hospitalización.

Consultas externas.

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Cardioloxía dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO

MOTIVO DE ASISTENCIA

Dispnea

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Mareo

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Dor torácica

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Palpitacións

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Síncope

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Alteración ECG

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Cardiomegalia

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Estudo hemodinámico

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Estudo de arritmias

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Estudo de insuficiencia cardíaca

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Protocolo de transplante

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Cardioversión eléctrica

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Implante de marcapasos/DAI/RCT

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Cadro de texto

Texto.

Obrigatorio se non cobre ningunha outra epígrafe deste apartado.

ANTECEDENTES PERSOAIS

Hábitos tóxicos

Alcohol

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Fumador/Ex-fumador

Check múltiple.

Excluínte.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Se “Fumador/Ex-fumador”= Fumador

Paquetes x ano

Numérico (0).

Obrigatorio.

Se “Fumador/Ex-fumador”= Ex-fumador

Desde hai anos

Numérico (0).

Non obrigatorio se cobre meses.

Meses

Numérico (0).

Non obrigatorio se cobre anos.

Drogas de abuso

Texto.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Factores de risco cardiovascular

HTA

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Dislipemia

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Sedentarismo

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Obesidade

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

DM1

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

DM2

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Pai < 55 anos

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Nai < 65 anos

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

ANTECEDENTES CARDIOLÓXICOS

Fibrilación auricular

Check único.

Texto.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Outras TSV

Check único.

Texto.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Arritmias ventriculares

Check único.

Texto.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Marcapasos

Check único.

Texto.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Ablación por RF

Check único.

Texto.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

DAI/RCT

Check único.

Texto.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Anxina estable

Check único.

Texto.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Anxina inestable

Check único.

Texto.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

IAM sen ↑ ST

Check único.

Texto.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

IAM con ↑ ST

Check único.

Texto.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

CABG

Check único.

Texto.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

ACTP/Stent

Check único.

Texto.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Cateterismo

Check único.

Texto.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Valvulopatía

Check único.

Texto.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Recambio valvular

Check único.

Texto.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Pericardite

Check único.

Texto.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Endocardite

Check único.

Texto.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Cardiopatías conxénitas

Check único.

Texto.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Febre reumática

Check único.

Texto.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Hipertensión arterial

Check único.

Texto.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Comorbilidades

Enfermidade vascular cerebral

Check único.

Texto.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Enfermidade vascular periférica

Check único.

Texto.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

EPOC

Check único.

Texto.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Hemorragia dixestiva previa

Check único.

Texto.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Insuficiencia renal

Check único.

Texto.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Síndrome ansiosa depresiva

Check único.

Texto.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Síndrome metadiabética

Check único.

Texto.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Neoplasia

Check único.

Texto.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Hepatopatía

Check único.

Texto.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Transtorno hematolóxico

Check único.

Texto.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Enfermidade transmisible

Check único.

Texto.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Outras

Check único.

Texto.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Intervencións

Texto.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Situación social e funcional

Check múltiple.

Excluínte.

Se "Situación social e funcional"= Activo

Profesión

Texto.

Obrigatorio.

Se "Situación social e funcional"= Pensionista

Xubilado/Enfermidade

Check múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

Medicación actual

Texto.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Outros

Texto.

Obrigatorio.

ALERXIAS

Penicilina

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Ácido acetilsalicílico

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Contrastes iodados

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Cadro de texto

Texto.

Obrigatorio se non selecciona ningún check deste apartado.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Morte súbita

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Miocardiopatia

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Cadro de texto

Texto.

Obrigatorio se non selecciona ningún check deste apartado.

ENFERMIDADE ACTUAL

Texto.

Obrigatorio.

ANAMNESE POR APARELLOS

Texto.

Non obrigatorio.

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA

Numérico (0).

Non obrigatorio.

FC

Numérico (0).
Non obrigatorio.

Peso

Numérico (1).
Non obrigatorio.
Obrigatorio para o cálculo do IMC.

Talle

Numérico (0).
Non obrigatorio.
Obrigatorio para o cálculo do IMC.

IMC

Numérico (2).
Fórmula = $\text{Peso} / \text{Talle}^2$
Non obrigatorio.

Cadro de texto

Texto.
Non obrigatorio.

PROBAS COMPLEMENTARIAS

Texto.
Non obrigatorio.

XUÍZO CLÍNICO

Fibrilación auricular

Check único.
Texto.
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Outras TSV

Check único.
Texto.
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Arritmias ventriculares

Check único.
Texto.
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Anxina estable

Check único.
Texto.
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Anxina inestable

Check único.
Texto.
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

IAM sen ↑ ST

Check único.
Texto.
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

IAM con ↑ ST

Check único.
Texto.
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Valvulopatía

Check único.
Texto.
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Insuficiencia cardíaca

Check único.
Texto.
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Pericardite

Check único.
Texto.
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Endocardite

Check único.
Texto.
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Cardiopatías conxénitas

Check único.
Texto.
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Febre reumática

Check único.
Texto.
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Hipertensión arterial

Check único.
Texto.
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Dispnea

Check único.
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Dor torácica

Check único.
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Sopro

Check único.
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Palpitacións

Check único.
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Síncope

Check único.
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Alteración ECG

Check único.
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Cadro de texto

Check único.
Obrigatorio se non selecciona ningún check deste apartado.

PLAN DIAGNÓSTICO

Texto.
Non obrigatorio.

PLAN TERAPÉUTICO

Texto.
Obrigatorio.

Data:

14/3/2006

Grupo clínico de asesores asistente:José Luis López-Cedrún Cimbranos
C.H. Universitario Juan Canalejo.**Grupo de documentalistas asistente:**Miguel Costas Sueiras
C.H. Universitario Juan Canalejo.Jesús Conde Freire
C.H. Xeral-Calde.**Documentos elaborados:****Anamnese e exploración física.**

Alergoloxía

Anestesioloxía e Reanimación

Anxioloxía e Cirurxía Vascular

Aparello Dixestivo

Cardioloxía

Cirurxía Cardíaca

Cirurxía Maxilofacial

Cirurxía Pediátrica

Cirurxía Plástica

Cirurxía Torácica

Cirurxía Xeral e Dixestiva

Dermatoloxía

Endocrinoloxía

Hematoloxía Clínica

Hospitalización a Domicilio

Medicina Interna

Medicina Intensiva

Medicina Preventiva

Nefroloxía

Neurocirurxía

Neurofisioloxía Clínica

Neuroloxía

Obstetricia

Oftalmoloxía

Oncoloxía Médica

Otorrinolaringoloxía

Pediatria

Pneumoloxía

Psiquiatría

Radiodiagnóstico

Rehabilitación

Reumatoloxía

Traumatoloxía

Uroloxía

Xeriatría

Xinecoloxía

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Rxiime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

ANAMNESE E EXPLORACIÓN FÍSICA

SERVIZO: CIRURXÍA MAXILOFACIAL

MOTIVO DE ASISTENCIA

ANTECEDENTES PERSOALS

Alcohol (gratía) Fumador Paquetes x ano
 Ex-fumador Desde hai anos meses

[Enfermidades] [Intervencións] [Transfusións] [Hábitos tóxicos] [Situación social e funcional]
 [Medicación actual] [Profesión] [Outros]

ALERTAS

ANTECEDENTES FAMILIARES

ENFERMIDADE ACTUAL

ANAMNESE POR APARELLOS

EXPLORACIÓN FÍSICA

1/6

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Rxiime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

EXPLORACIÓN CÉRVICOFACIAL

GANGLIOS

SALIVAS

TECIDOS BRANDOS

PEL

DEREITA ESQUERDA

3/6

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Rxiime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

EXPLORACIÓN ORAL

DENTES

MUCOSAS

MAXILARES

TECIDOS BRANDOS

ARTICULACIÓN TEMPOROMANDEBULAR

OCLUSIÓN

2/6

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Rxiime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

EXPLORACIÓN GRÁNIOFACIAL

GRÁNIO

ÓRBITAS

REGIÓN FRONTAL

TERZO MEDIO

MANDÍBULA

QUEXO

NARIZ

LABIOS

ORELLAS

4/6


SERGAS **Hospital**

Paciente: _____
 NHC: _____ CIP: _____ Réxime: _____ Data Nac.: _____ NSS: _____ Sexo: _____
 Enderezo: _____ Teléfono: _____


REXIÓN XENIANA

NERVIOS

DEREITA ESQUERDA



PROBAS COMPLEMENTARIAS



5/6

SERGAS **Hospital**

Paciente: _____
 NHC: _____ CIP: _____ Réxime: _____ Data Nac.: _____ NSS: _____ Sexo: _____
 Enderezo: _____ Teléfono: _____

XUÍZO CLÍNICO

PLAN DIAGNÓSTICO

PLAN TERAPÉUTICO

Localidade, < día > de < mes > de < ano >
 Asdo. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

6/6

ÁMBITOS DE USO

Servizos de Cirurxía Maxilofacial dos hospitais.

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.
Consultas externas.**

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO

 Escritura: **Facultativos dos servizos de Cirurxía Maxilofacial dos hospitais.**

 Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO

MOTIVO DE ASISTENCIA

Texto.
Obrigatorio.

ANTECEDENTES PERSOAIS

Alcohol

Check único.
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Fumador/Ex-fumador

Check múltiple.
Excluín-te.
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Se “Fumador / Ex-fumador”= Fumador

Paquetes x ano

Númérico (0).
Obrigatorio.

Se “Fumador / Ex-fumador”= Ex-fumador

Desde hai anos

Númérico (0).
Non obrigatorio se cobre meses.

meses

Númérico (0).
Non obrigatorio se cobre anos.

Cadro de texto

Texto.
Obrigatorio se non cobre ningunha outra epígrafe deste apartado.

ALERXIAS

Texto.
Obrigatorio.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Texto.
Obrigatorio.

ENFERMIDADE ACTUAL

Texto.
Obrigatorio.

ANAMNESE POR APARELLOS

Texto.
Non obrigatorio.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Texto.
Non obrigatorio.

EXPLORACIÓN ORAL

DENTES

Texto.
Non obrigatorio.

MUCOSAS

Texto.
Non obrigatorio.

MAXILARES

Texto.
Non obrigatorio.

TECIDOS BRANDOS

Texto.
Non obrigatorio.

ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

Texto.
Non obrigatorio.

OCCLUSIÓN

Texto.
Non obrigatorio.

EXPLORACIÓN CÉRVICOFACIAL

GANGLIOS

Texto.
Non obrigatorio.

SALIVAIS

Texto.
Non obrigatorio.

TECIDOS BRANDOS

Texto.
Non obrigatorio.

PEL

Texto.
Non obrigatorio.

EXPLORACIÓN CRANIOFACIAL

CRANIO

Texto.
Non obrigatorio.

ÓRBITAS

Texto.
Non obrigatorio.

REXIÓN FRONTAL

Texto.
Non obrigatorio.

TERZO MEDIO

Texto.

Non obrigatorio.

MANDÍBULA

Texto.

Non obrigatorio.

QUEIXO

Texto.

Non obrigatorio.

NARIZ

Texto.

Non obrigatorio.

LABIOS

Texto.

Non obrigatorio.

ORELLAS

Texto.

Non obrigatorio.

REXIÓN XENIANA

Texto.

Non obrigatorio.

NERVIOS

Texto.

Non obrigatorio.

PROBAS COMPLEMENTARIAS

Texto.

Non obrigatorio.

XUÍZO CLÍNICO

Texto.

Obrigatorio.

PLAN DIAGNÓSTICO

Texto.

Non obrigatorio.

PLAN TERAPÉUTICO

Texto.

Obrigatorio.

Data:

21/3/2006

Grupo clínico de asesores asistente:

Manuel Gómez Tellado
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Grupo de documentalistas asistente:

Ignacio Juanatey Dorado
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.
M^a Holanda Rodríguez Vázquez
C.H. Universitario de Vigo.

Documentos elaborados:

Anamnese e exploración física.

- Alergoloxía
- Anestesioloxía e Reanimación
- Anxioloxía e Cirurxía Vascular
- Aparello Dixestivo
- Cardioloxía
- Cirurxía Cardíaca
- Cirurxía Maxilofacial
- Cirurxía Pediátrica**
- Cirurxía Plástica
- Cirurxía Torácica
- Cirurxía Xeral e Dixestiva
- Dermatoloxía
- Endocrinoloxía
- Hematoloxía Clínica
- Hospitalización a Domicilio
- Medicina Interna
- Medicina Intensiva
- Medicina Preventiva
- Nefroloxía
- Neurocirurxía
- Neurofisioloxía Clínica
- Neuroloxía
- Obstetricia
- Oftalmoloxía
- Oncoloxía Médica
- Otorrinolaringoloxía
- Pediatría
- Pneumoloxía
- Psiquiatría
- Radiodiagnóstico
- Rehabilitación
- Reumatoloxía
- Traumatoloxía
- Uroloxía
- Xeriatría
- Xinecoloxía

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Rêxime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

ANAMNESE E EXPLORACIÓN FÍSICA

SERVIZO: CIRURXÍA PEDIÁTRICA

MOTIVO DE ASISTENCIA

ANTECEDENTES PERSOAIS
 [Enfermidades] [Intervencións] [Transfusións] [Hábitos tóxicos] [Situación social e funcional]
 [Medicación actual] [Outros]

ALERXIAS

ANTECEDENTES FAMILIARES

ENFERMIDADE ACTUAL

ANAMNESE POR APARELLOS

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA máx/min (mm Hg) / F.C (batexos/min) FR (resps/min)
Tensión arterial Frecuencia cardíaca Frecuencia respiratoria


Tª (°C) - Peso (kg) Talle (cm) IMC
Temperatura Localidade Índice de masa corporal (kg/m²)

1/4

SERGAS **HOSPITAL**


Paciente: NHC: CIP: Rêxime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

DEREITA ESQUERDA



OTORRINOLARINGOLOXÍA

DEREITA ESQUERDA




ORTOPEDIA

3/4

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Rêxime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:


CIRURXÍA XERAL E DIXESTIVA



UROLOXÍA

CIRURXÍA PLÁSTICA E CRANIOFACIAL

DEREITA ESQUERDA



2/4

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Rêxime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:



XUÍZO CLÍNICO

PLAN DIAGNÓSTICO

PLAN TERAPÉUTICO

Localidade, < día > de < mes > de < ano >
 Aado. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

4/4

<p>ÁMBITOS DE USO</p> <p>Servizos de Cirurxía Pediátrica dos hospitais.</p> <p>NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO</p> <p>Hospitalización.</p> <p>Consultas externas.</p>	<p>PERFÍS PROFESIONAIS DE USO</p> <p> Escritura: Facultativos dos servizos de Cirurxía Pediátrica dos hospitais.</p> <p> Consulta: Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.</p>
---	--

<p>NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO</p> <p>MOTIVO DE ASISTENCIA</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>ANTECEDENTES PERSOAIS</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>ALERXIAS</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>ANTECEDENTES FAMILIARES</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>ENFERMIDADE ACTUAL</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>ANAMNESE POR APARELLOS</p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>EXPLORACIÓN FÍSICA</p> <p>TA</p> <p>Númérico (0).</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>FC</p> <p>Númérico (0).</p> <p>Non obrigatorio.</p>	<p>FR</p> <p>Númérico (0).</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>Tª</p> <p>Númérico (1).</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>Localización</p> <p>Combo.</p> <p>Valores: Axilar / Rectal / Bucal / Transtimpánica.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>Peso</p> <p>Númérico (1).</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>Obrigatorio para o cálculo do IMC.</p> <p>Talle</p> <p>Númérico (0).</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>Obrigatorio para o cálculo do IMC.</p> <p>IMC</p> <p>Númérico (2).</p> <p>Fórmula = $\text{Peso} / \text{Talle}^2$.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>Cadro de texto</p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>CIRURXÍA XERAL E DIXESTIVA</p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p>	<p>UROLOXÍA</p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>CIRURXÍA PLÁSTICA E CRANIOFACIAL</p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>OTORRINOLARINGOLOXÍA</p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>ORTOPEDIA</p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>XUÍZO CLÍNICO</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>PLAN DIAGNÓSTICO</p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>PLAN TERAPÉUTICO</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p>
---	--	--

Data:

16/3/2006

Grupo clínico de asesores asistente:

Luis F. Zaera de la Vega
C.H. Xeral-Calde.

Reyes Trillo Bravo
C.H. Universitario de Vigo.

Grupo de documentalistas asistente:

Miguel Costas Sueiras
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Jesús Conde Freire
C.H. Xeral-Calde.

Documentos elaborados:

Anamnese e exploración física.

- Alergoloxía
- Anestesioloxía e Reanimación
- Anxioloxía e Cirurxía Vascular
- Aparello Dixestivo
- Cardioloxía
- Cirurxía Cardíaca
- Cirurxía Maxilofacial
- Cirurxía Pediátrica
- Cirurxía Plástica**
- Cirurxía Torácica
- Cirurxía Xeral e Dixestiva
- Dermatoloxía
- Endocrinoloxía
- Hematoloxía Clínica
- Hospitalización a Domicilio
- Medicina Interna
- Medicina Intensiva
- Medicina Preventiva
- Nefroloxía
- Neurocirurxía
- Neurofisioloxía Clínica
- Neuroloxía
- Obstetricia
- Oftalmoloxía
- Oncoloxía Médica
- Otorrinolaringoloxía
- Pediatría
- Pneumoloxía
- Psiquiatría
- Radiodiagnóstico
- Rehabilitación
- Reumatoloxía
- Traumatoloxía
- Uroloxía
- Xeriatría
- Xinecoloxía

SERGAS 

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

ANAMNESE E EXPLORACIÓN FÍSICA

SERVIZO: CIRURXÍA PLÁSTICA

MOTIVO DE ASISTENCIA

ANTECEDENTES PERSOAIS

HTA Diabete Anticoagulantes Antiagregantes

[Enfermidades] [Intervencións] [Transfusións] [Hábitos tóxicos] [Situación social e funcional]
 [Medicación actual] [Profesión] [Outros]

ALERXIAS

ANTECEDENTES FAMILIARES


ENFERMIDADE ACTUAL

ANAMNESE POR APARELLOS

EXPLORACIÓN FÍSICA


TA máx/mín (mm Hg) / Peso (kg) Taille (cm) IMC
Insuficiencia arterial Índice de masa corporal (kg/m²)

1/8

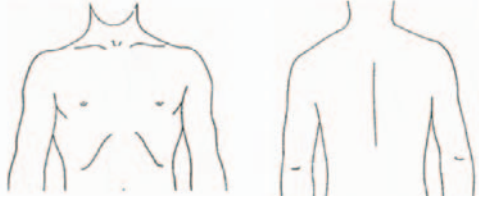
SERGAS 

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:


BODA



PESCOZO E TÓRAX




3/8

SERGAS 

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:


CAIXA

DEREITA ESQUERDA




ORELLAS

DEREITA ESQUERDA

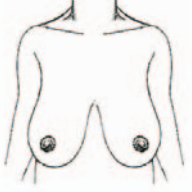


2/8

SERGAS 

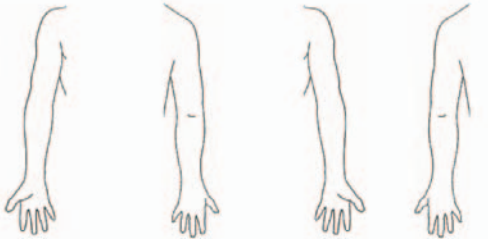
Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

MAMAS



MEMBROS SUPERIORES

DEREITA ANTERIOR DEREITA POSTERIOR ESQUERDA ANTERIOR ESQUERDA POSTERIOR



4/8

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: _____ Data Nac.: _____ Sexo: _____
 NHC: _____ CIP: _____ Réxime: _____ NSS: _____
 Enderezo: _____ Teléfono: _____

MANS

DEREITA ANTERIOR DEREITA POSTERIOR DEREITA POSTERIOR

ESQUERDA ANTERIOR ESQUERDA POSTERIOR ESQUERDA POSTERIOR

5/8

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: _____ Data Nac.: _____ Sexo: _____
 NHC: _____ CIP: _____ Réxime: _____ NSS: _____
 Enderezo: _____ Teléfono: _____

QUEIMADOS

7/8

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: _____ Data Nac.: _____ Sexo: _____
 NHC: _____ CIP: _____ Réxime: _____ NSS: _____
 Enderezo: _____ Teléfono: _____

ABDOMEN E XENITAS:

ANTERIOR MASCULINO ANTERIOR FEMININO

MEMBROS INFERIORES

DEREITA ANTERIOR DEREITA POSTERIOR ESQUERDA ANTERIOR ESQUERDA POSTERIOR

6/8

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: _____ Data Nac.: _____ Sexo: _____
 NHC: _____ CIP: _____ Réxime: _____ NSS: _____
 Enderezo: _____ Teléfono: _____

DEREITA ESQUERDA

DEREITA ANTERIOR DEREITA POSTERIOR ESQUERDA ANTERIOR ESQUERDA POSTERIOR

XUZO CLÍNICO

PLAN DIAGNÓSTICO

PLAN TERAPÉUTICO

Localidade, <dia> de <mes> de <ano>
 Asdo. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

8/8

ÁMBITOS DE USO

Servizos de Cirurxía Plástica dos hospitais.

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.
Consultas externas.**

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Cirurxía Plástica dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO

MOTIVO DE ASISTENCIA

Texto.

Obrigatorio.

ANTECEDENTES PERSOAIS

HTA

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Diabete

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Anticoagulantes

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Antiagregantes

Check único

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Cadro de texto

Texto.

Obrigatorio se non cobre ningunha outra epígrafe deste apartado.

ALERXIAS

Texto.

Obrigatorio.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Texto.

Obrigatorio se non selecciona ningún check deste apartado.

ENFERMIDADE ACTUAL

Texto.

Obrigatorio.

ANAMNESE POR APARELLOS

Texto.

Non obrigatorio.

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA

Numérico (0).

Non obrigatorio.

Peso

Numérico (1).

Non obrigatorio.

Obrigatorio para o cálculo do IMC.

Talle

Numérico (0).

Non obrigatorio.

Obrigatorio para o cálculo do IMC.

IMC

Numérico (2).

Fórmula = $\text{Peso} / \text{Talle}^2$.

Non obrigatorio.

Cadro de texto

Texto.

Non obrigatorio.

CARA

Texto.

Non obrigatorio.

ORELLAS

Texto.

Non obrigatorio.

BOCA

Texto.

Non obrigatorio.

PESCOZO E TÓRAX

Texto.

Non obrigatorio.

MAMAS

Texto.

Non obrigatorio.

MEMBROS SUPERIORES

Texto.

Non obrigatorio.

MANS

Texto.

Non obrigatorio.

ABDOME E XENITAIS

Texto.

Non obrigatorio.

QUEIMADOS

Texto.

Non obrigatorio.

XUÍZO CLÍNICO

Texto.

Obrigatorio.

PLAN DIAGNÓSTICO

Texto.

Non obrigatorio.

PLAN TERAPÉUTICO

Texto.

Obrigatorio.

Data:

15/3/2006

Grupo clínico de asesores asistente:

José María Borro Maté
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Miguel Ángel Cañizares Carretero
C.H. Universitario de Vigo.

Grupo de documentalistas asistente:

Ignacio Juanatey Dorado
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

M^a Holanda Rodríguez Vázquez
C.H. Universitario de Vigo.

Documentos elaborados:**Anamnese e exploración física.**

Alergoloxía

Anestesioloxía e Reanimación

Anxioloxía e Cirurxía Vascular

Aparello Dixestivo

Cardioloxía

Cirurxía Cardíaca

Cirurxía Maxilofacial

Cirurxía Pediatría

Cirurxía Plástica

Cirurgía Torácica

Cirurxía Xeral e Dixestiva

Dermatoloxía

Endocrinoloxía

Hematoloxía Clínica

Hospitalización a Domicilio

Medicina Interna

Medicina Intensiva

Medicina Preventiva

Nefroloxía

Neurocirurxía

Neurofisioloxía Clínica

Neuroloxía

Obstetricia

Oftalmoloxía

Oncoloxía Médica

Otorrinolaringoloxía

Pediatría

Pneumoloxía

Psiquiatría

Radiodiagnóstico

Rehabilitación

Reumatoloxía

Traumatoloxía

Uroloxía

Xeriatría

Xinecoloxía

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

ANAMNESE E EXPLORACIÓN FÍSICA

SERVIZO: CIRURXÍA TORÁCICA

MOTIVO DE ASISTENCIA

ANTECEDENTES PERSONAIS

Fumador Paquetes x ano
 Ex-fumador Desde hai anos meses

[Enfermidades] [Intervencións] [Transfusións] [Hábitos tóxicos] [Situación social e funcional]
 [Medicación actual] [Profesión] [Outros]

ALERXIAS

ANTECEDENTES FAMILIARES

ENFERMIDADE ACTUAL

ANAMNESE POR APARELLOS


ANAMNESE RESPIRATORIA

1/4

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

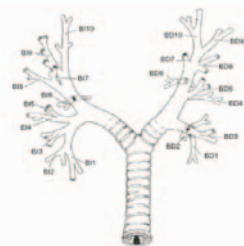
RADIOGRAFÍA DE TÓRAX



TAC

GAMMAGRAFÍA DE VENTILACIÓN-PERFUSIÓN

FIBROBRONCOSCOPIA



3/4

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA máx/mín (mm Hg) / FC (batex/min) FR (resp/min)
Tensión arterial Frecuencia cardíaca Frecuencia respiratoria

Tª (°C) - Peso (kg) Taille (cm) IMC
Temperatura Saturación Índice de masa corporal (kg/m²)

Saturación O₂ (%)

AUSCULTACIÓN PULMONAR

AUSCULTACIÓN CARDÍACA

PROBAS COMPLEMENTARIAS

ANALÍTICA

ECG

ESPIROMETRÍA

GASOMETRÍA

2/4

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

ANATOMÍA PATOLÓXICA

OUTRAS

XUÍZO CLÍNICO

PLAN DIAGNÓSTICO

PLAN TERAPÉUTICO

Localidade, <dia> de <mes> de <ano>
 Asdo: Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

4/4

ÁMBITOS DE USO

Servizos de Cirurxía Torácica dos hospitais.

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

Hospitalización.
Consultas externas.

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO

Escritura: **Facultativos dos servizos de Cirurxía Torácica dos hospitais.**

Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO

MOTIVO DE ASISTENCIA

Texto.
Obrigatorio.

ANTECEDENTES PERSOAIS

Fumador/Ex-fumador

Check múltiple.
Excluínte.
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Se "Fumador/Ex-fumador"= Fumador

Paquetes x ano

Númérico (0).
Obrigatorio.

Se "Fumador/Ex-fumador"= Ex-fumador

Desde hai anos

Númérico (0).
Non obrigatorio se cobre meses.

meses

Númérico (0).
Non obrigatorio se cobre anos.

Cadro de texto

Texto.
Obrigatorio se non cobre ningunha outra epígrafe deste apartado.

ALERXIAS

Texto.
Obrigatorio.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Texto.
Obrigatorio.

ENFERMIDADE ACTUAL

Texto.
Obrigatorio.

ANAMNESE POR APARELLOS

Texto.
Non obrigatorio.

ANAMNESE RESPIRATORIA

Texto.
Non obrigatorio.

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA

Númérico (0).
Non obrigatorio.

FC

Númérico (0).
Non obrigatorio.

Peso

Númérico (1).
Non obrigatorio.
Obrigatorio para o cálculo do IMC.

Talle

Númérico (0).
Non obrigatorio.
Obrigatorio para o cálculo do IMC.

IMC

Númérico (2).
Fórmula = $\text{Peso} / \text{Talle}^2$.
Non obrigatorio.

Cadro de texto

Texto.
Non obrigatorio.

AUSCULTACIÓN PULMONAR

Texto.
Non obrigatorio.

AUSCULTACIÓN CARDÍACA

Texto.
Non obrigatorio.

PROBAS COMPLEMENTARIAS

ANALÍTICA

Texto.
Non obrigatorio.

ECG

Texto.
Non obrigatorio.

ESPIROMETRÍA

Texto.
Non obrigatorio.

GASOMETRÍA

Texto.
Non obrigatorio.

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX

Texto.
Non obrigatorio.

TAC

Texto.

Non obrigatorio.

GAMMAGRAFÍA DE VENTILACIÓN-PERFUSIÓN

Texto.

Non obrigatorio.

FIBROBRONCSCOPIA

Texto.

Non obrigatorio.

ANATOMÍA PATOLÓXICA

Texto.

Non obrigatorio.

OUTRAS

Texto.

Non obrigatorio.

XUÍZO CLÍNICO

Texto.

Obrigatorio.

PLAN DIAGNÓSTICO

Texto.

Non obrigatorio.

PLAN TERAPÉUTICO

Texto.

Obrigatorio.

Data:

3/2/2006

Grupo clínico de asesores asistente:

Germán Adrio Díaz
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

María Redondo Ferreño
C.H. de Ourense.

Manuel Martínez Alarcón
C.H. de Pontevedra.

José Manuel Nuño Vázquez-Garza
C.H. Universitario de Vigo.

Grupo de documentalistas asistente:

Miguel Costas Sueiras
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Jesús Conde Freire
C.H. Xeral-Calde.

Documentos elaborados:

Anamnese e exploración física.

- Alergoloxía
- Anestesioloxía e Reanimación
- Anxioloxía e Cirurxía Vascular
- Aparello Dixestivo
- Cardioloxía
- Cirurxía Cardíaca
- Cirurxía Maxilofacial
- Cirurxía Pediátrica
- Cirurxía Plástica
- Cirurxía Torácica
- Cirurxía Xeral e Dixestiva**
- Dermatoloxía
- Endocrinoloxía
- Hematoloxía Clínica
- Hospitalización a Domicilio
- Medicina Interna
- Medicina Intensiva
- Medicina Preventiva
- Nefroloxía
- Neurocirurxía
- Neurofisioloxía Clínica
- Neuroloxía
- Obstetricia
- Oftalmoloxía
- Oncoloxía Médica
- Otorrinolaringoloxía
- Pediatría
- Pneumoloxía
- Psiquiatría
- Radiodiagnóstico
- Rehabilitación
- Reumatoloxía
- Traumatoloxía
- Uroloxía
- Xeriatría
- Xinecoloxía

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: Data Nac.: Sexo:
 NHC: CIP: Róxime: NSS:
 Enderezo: Teléfono:

ANAMNESE E EXPLORACIÓN FÍSICA

SERVIZO: CIRURXÍA XERAL E DIXESTIVA

MOTIVO DE ASISTENCIA

ANTECEDENTES PERSOAIS
 [Enfermidades] [Intervencións] [Transfusións] [Hábitos tóxicos] [Situación social e funcional]
 [Medicación actual] [Profesión] [Outros]

ALERXIAS

ANTECEDENTES FAMILIARES

ENFERMIDADE ACTUAL

ANAMNESE POR APARELLOS

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA máx/min (mm Hg) / FC (latexos/min) FR (resp/min)
Tensión arterial Frecuencia cardíaca Frecuencia respiratoria

Tª (°C) - Peso (kg) Taille (cm) IMC
Temperatura taquibradicardia Índice de masa corporal (kg/m²)


1/4

SERGAS **HOSPITAL**


Paciente: Data Nac.: Sexo:
 NHC: CIP: Róxime: NSS:
 Enderezo: Teléfono:

PESCOZO

DEREITA ESQUERDA



EXTREMIDADES INFERIORES

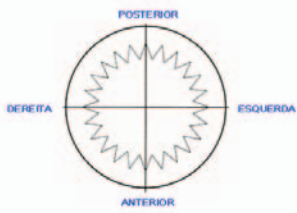


3/4

SERGAS **HOSPITAL**

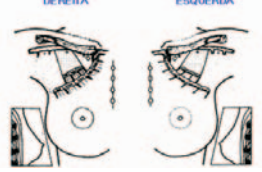
Paciente: Data Nac.: Sexo:
 NHC: CIP: Róxime: NSS:
 Enderezo: Teléfono:

REGIÓN ANAL



MAMAS E REGIÓN AXILAR

DEREITA ESQUERDA



2/4

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: Data Nac.: Sexo:
 NHC: CIP: Róxime: NSS:
 Enderezo: Teléfono:

MARCADORES TUMORAIS
 [CEA] [CA 16.9] [CA 19.9] [CA 72.4]



XUÍZO CLÍNICO

PLAN DIAGNÓSTICO

PLAN TERAPÉUTICO

Localidade, < día > de < mes > de < ano >
 Asdo: Dr./a Nome e apelidos do facultativo

4/4

<p>ÁMBITOS DE USO</p> <p>Servizos de Cirurxía Xeral e Dixestiva dos hospitais.</p> <p>NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO</p> <p>Hospitalización.</p> <p>Consultas externas.</p>	<p>PERFÍS PROFESIONAIS DE USO</p> <p> Escritura: Facultativos dos servizos de Cirurxía Xeral e Dixestiva dos hospitais.</p> <p> Consulta: Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.</p>
--	---

<p>NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO</p> <p>MOTIVO DE ASISTENCIA</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>ANTECEDENTES PERSOAIS</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>ALERXIAS</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>ANTECEDENTES FAMILIARES</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>ENFERMIDADE ACTUAL</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>ANAMNESE POR APARELLOS</p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>EXPLORACIÓN FÍSICA</p> <p>TA</p> <p>Númérico (0).</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>FC</p> <p>Númérico (0).</p> <p>Non obrigatorio.</p>	<p>Tª</p> <p>Númérico (1).</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>Localización</p> <p>Combo.</p> <p>Valores: Axilar / Rectal / Bucal / Transtimpánica.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>Peso</p> <p>Númérico (1).</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>Obrigatorio para o cálculo do IMC.</p> <p>Talle</p> <p>Númérico (0).</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>Obrigatorio para o cálculo do IMC.</p> <p>IMC</p> <p>Númérico (2)</p> <p>Fórmula = $\text{Peso} / \text{Talle}^2$.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>Cadro de texto</p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>REXIÓN ANAL</p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>MAMAS E REXIÓN AXILAR</p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p>	<p>PESCOZO</p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>EXTREMIDADES INFERIORES</p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>MARCADORES TUMORAIS</p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>XUÍZO CLÍNICO</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>PLAN DIAGNÓSTICO</p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>PLAN TERAPÉUTICO</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p>
---	--	---

Data:

13/2/2006

Grupo clínico de asesores asistente:

Eduardo Fonseca Capdevila
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Dolores Sánchez-Aguilar Rojas
C.H. Universitario de Santiago.

Cristina de las Heras Soto
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Mercedes Loureiro
C.H. Xeral-Calde.

Carlos de la Torre Fraga
C.H. de Pontevedra.

Ander Zulaica Gárate
C.H. Universitario de Vigo.

Francisco Allegue Rodríguez
C.H. Universitario de Vigo.

Grupo de documentalistas asistente:

Miguel Costas Sueiras
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Documentos elaborados:

[Anamnese e exploración física.](#)

[Alergoloxía](#)

[Anestesioloxía e Reanimación](#)

[Anxioloxía e Cirurxía Vascular](#)

[Aparello Dixestivo](#)

[Cardioloxía](#)

[Cirurxía Cardíaca](#)

[Cirurxía Maxilofacial](#)

[Cirurxía Pediátrica](#)

[Cirurxía Plástica](#)

[Cirurxía Torácica](#)

[Cirurxía Xeral e Dixestiva](#)

Dermatoloxía

[Endocrinoloxía](#)

[Hematoloxía Clínica](#)

[Hospitalización a Domicilio](#)

[Medicina Interna](#)

[Medicina Intensiva](#)

[Medicina Preventiva](#)

[Nefroloxía](#)

[Neurocirurxía](#)

[Neurofisioloxía Clínica](#)

[Neuroloxía](#)

[Obstetricia](#)

[Oftalmoloxía](#)

[Oncoloxía Médica](#)

[Otorrinolaringoloxía](#)

[Pediatria](#)

[Pneumoloxía](#)

[Psiquiatría](#)

[Radiodiagnóstico](#)

[Rehabilitación](#)



[Reumatoloxía](#)

[Traumatoloxía](#)

[Uroloxía](#)

[Xeriatría](#)

[Xinecoloxía](#)

Paciente:	NHC:	CIP:	Número:	Data Nac.:	Sexo:
Enderezo:			Teléfono:		NSS:

ANAMNESE E EXPLORACIÓN FÍSICA

SERVIZO: DERMATOLOXÍA

MOTIVO DE ASISTENCIA

ANTECEDENTES PERSOAIS
 [Enfermidades] [Intervencións] [Transfusións] [Hábitos tóxicos] [Situación social e funcional]
 [Medicación actual] [Profesión] [Outros]



ALERXIAS

ANTECEDENTES FAMILIARES

ENFERMIDADE ACTUAL




ANAMNESE POR APARELLOS

1/2

Paciente:	NHC:	CIP:	Número:	Data Nac.:	Sexo:
Enderezo:			Teléfono:		NSS:

EXPLORACIÓN FÍSICA



XUÍZO CLÍNICO

PLAN DIAGNÓSTICO

PLAN TERAPÉUTICO

Localidade, <día> de <mes> de <ano>
 Aspo. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

2/2

<p>ÁMBITOS DE USO Servizos de Dermatoloxía dos hospitais.</p> <p>NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO Hospitalización. Consultas externas.</p>	<p>PERFÍS PROFESIONAIS DE USO</p> <p> Escritura: Facultativos dos servizos de Dermatoloxía dos hospitais.</p> <p> Consulta: Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.</p>
---	---

<p>NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO</p> <p>MOTIVO DE ASISTENCIA Texto. Obrigatorio.</p> <p>ANTECEDENTES PERSOAIS Texto. Obrigatorio.</p> <p>ALERXIAS Texto. Obrigatorio.</p> <p>ENFERMIDADE ACTUAL Texto. Obrigatorio.</p> <p>ANAMNESE POR APARELLOS Texto. Non obrigatorio.</p> <p>EXPLORACIÓN FÍSICA Texto. Non obrigatorio.</p> <p>XUÍZO CLÍNICO Texto. Obrigatorio.</p>	<p>PLAN DIAGNÓSTICO Texto. Non obrigatorio.</p> <p>PLAN TERAPÉUTICO Texto. Obrigatorio.</p>	
---	---	--

Data:

17/2/2006

Grupo clínico de asesores asistente:

Segundo Jorge Méndez
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Alfonso Soto González
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Rafael Araujo Ayala
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Manuel Botana López
C.H. Xeral-Calde.

Grupo de documentalistas asistente:

Román García de la Infanta
C.H. de Ourense.

Documentos elaborados:

Anamnese e exploración física.

Alergología

Anestesiología e Reanimación

Anxiología e Cirurxía Vascular

Aparello Dixestivo

Cardioloxía

Cirurxía Cardíaca

Cirurxía Maxilofacial

Cirurxía Pediátrica

Cirurxía Plástica

Cirurxía Torácica

Cirurxía Xeral e Dixestiva

Dermatoloxía

Endocrinología

Hematoloxía Clínica

Hospitalización a Domicilio

Medicina Interna

Medicina Intensiva

Medicina Preventiva

Nefroloxía

Neurocirurxía

Neurofisioloxía Clínica

Neuroloxía

Obstetricia

Oftalmoloxía

Oncoloxía Médica

Otorrinolaringoloxía

Pediatría

Pneumoloxía

Psiquiatría

Radiodiagnóstico

Rehabilitación

Reumatoloxía

Traumatoloxía

Uroloxía

Xeriatría

Xinecoloxía




Paciente:	Data Nac.:	Sexo:	
NHC:	CIP:	Rólume:	NSS:
Enderezo:	Teléfono:		

ANAMNESE E EXPLORACIÓN FÍSICA

SERVIZO: ENDOCRINOLOGÍA

MOTIVO DE ASISTENCIA:

ANTECEDENTES PERSOAS
 [Enfermidades] [Intervencións] [Transfusións] [Hábitos tóxicos] [Situación social e funcional]
 [Medicación actual] [Profesión] [Outros]

ALERXIAS:



ANTECEDENTES FAMILIARES:

ANAMNESE POR APARELLOS:

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA máx/mín (mm Hg) <input type="text"/> / <input type="text"/>	FC (batexos/min) <input type="text"/>	FR (resp/min) <input type="text"/>
<small>Temperatura</small>	<small>Frecuencia cardíaca</small>	<small>Frecuencia respiratoria</small>
Tª (°C) <input type="text"/> - <input type="text"/>	Peso (kg) <input type="text"/>	Talle (cm) <input type="text"/>
<small>Temperatura</small>	<small>Localización</small>	<small>Índice de masa corporal (IMC)</small>

1/2

Paciente:	Data Nac.:	Sexo:	
NHC:	CIP:	Rólume:	NSS:
Enderezo:	Teléfono:		



XUÍZO CLÍNICO

PLAN DIAGNÓSTICO

PLAN TERAPÉUTICO

Localidade, < día > de < mes > de < ano >
 Asdo. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

2/2

<p>ÁMBITOS DE USO</p> <p>Servizos de Endocrinoloxía dos hospitais.</p> <p>NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO</p> <p>Hospitalización.</p> <p>Consultas externas.</p>	<p>PERFÍS PROFESIONAIS DE USO</p> <p> Escritura: Facultativos dos servizos de Endocrinoloxía dos hospitais.</p> <p> Consulta: Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.</p>
--	---

<p>NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO</p> <p>MOTIVO DE ASISTENCIA</p> <p>Texto</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>ANTECEDENTES PERSOAIS</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>ALERXIAS</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>ANTECEDENTES FAMILIARES</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>ENFERMIDADE ACTUAL</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>EXPLORACIÓN FÍSICA</p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>TA</p> <p>Numérico (0).</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>FC</p> <p>Numérico (0).</p> <p>Non obrigatorio.</p>	<p>FR</p> <p>Numérico (0).</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>Tª</p> <p>Numérico (1).</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>Localización</p> <p>Combo.</p> <p>Valores: Axilar / Rectal / Bucal / Transtimpánica.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>Peso</p> <p>Numérico (1).</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>Obrigatorio para o cálculo do IMC.</p> <p>Talle</p> <p>Numérico (0).</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>Obrigatorio para o cálculo do IMC.</p> <p>IMC</p> <p>Numérico (2).</p> <p>Fórmula = $\text{Peso} / \text{Talle}^2$.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>XUÍZO CLÍNICO</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>PLAN DIAGNÓSTICO</p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p>	<p>PLAN TERAPÉUTICO</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p>
---	---	--

Data:

24/2/2006

Grupo clínico de asesores asistente:

José Manuel Sánchez Varela
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

José Manuel Paz Carreira
C.H. Xeral-Calde.

M^a José Allegue Vilaso
C.H. de Pontevedra

Alejandro Martínez Dalmau
C.H. Universitario de Vigo.

Grupo de documentalistas asistente:

Miguel Costas Sueiras
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Jesús Conde Freire
C.H. Xeral-Calde.

Documentos elaborados:

[Anamnesis e exploración física.](#)

Data:

3/3/2006

Grupo clínico de asesores asistente:

Miguel Ángel Amor Otero
C.H. Universitario Juan Canalejo.

José Manuel Sánchez Varela
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

M^a José Allegue Vilaso
C.H. de Pontevedra.

Alejandro Martínez Dalmau
C.H. Universitario de Vigo.

Grupo de documentalistas asistente:

Miguel Costas Sueiras
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Jesús Conde Freire
C.H. Xeral-Calde.

Documentos elaborados:

[Informe citológico de medula ósea.](#)

[Informe de citometría.](#)

- [Alergología](#)
- [Anestesiología e Reanimación](#)
- [Anxiología e Cirugía Vascular](#)
- [Aparello Dixestivo](#)
- [Cardiología](#)
- [Cirugía Cardíaca](#)
- [Cirugía Maxilofacial](#)
- [Cirugía Pediátrica](#)
- [Cirugía Plástica](#)
- [Cirugía Torácica](#)
- [Cirugía Xeral e Dixestiva](#)
- [Dermatología](#)
- [Endocrinología](#)
- [Hematología Clínica](#)**
- [Hospitalización a Domicilio](#)
- [Medicina Interna](#)
- [Medicina Intensiva](#)
- [Medicina Preventiva](#)
- [Nefroloxía](#)
- [Neurociruxía](#)
- [Neurofisiología Clínica](#)
- [Neuroloxía](#)
- [Obstetricia](#)
- [Oftalmología](#)
- [Oncología Médica](#)
- [Otorrinolaringología](#)
- [Pediatria](#)
- [Pneumología](#)
- [Psiquiatría](#)
- [Radiodiagnóstico](#)
- [Rehabilitación](#)
- [Reumatología](#)
- [Traumatología](#)
- [Uroloxía](#)
- [Xeriatría](#)
- [Xinecoloxía](#)

SERGAS Hospital

Paciente: NHC: CIP: Rxiime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

ANAMNESE E EXPLORACIÓN FÍSICA

SERVIZO: HEMATOLOXÍA CLÍNICA

MOTIVO DE ASISTENCIA

ANTECEDENTES PERSOAIS
 [Enfermidades] [Intervencións] [Transfusións] [Hábitos tóxicos] [Situación social e funcional]
 [Medicación actual] [Profesión] [Outros]

ESTUDO DE TROMBOSE

HTA	<input type="checkbox"/>	Anticonceptivos	<input type="checkbox"/>	Trombose venosa profunda	<input type="checkbox"/>
Diabete	<input type="checkbox"/>	Varicos	<input type="checkbox"/>	Accidente isquémico transitorio	<input type="checkbox"/>
Tabaco	<input type="checkbox"/>	Tombafebrite	<input type="checkbox"/>	Accidente cerebrovascular agudo	<input type="checkbox"/>
Abortos	<input type="checkbox"/>	Embolia pulmonar	<input type="checkbox"/>	Graxia	<input type="checkbox"/>

ESTUDO DE COAGULACIÓN (SANGRADOS)

Cordia Hematomas Epistaxe Xenovivencias Extraccións

ALLERXIAS

ANTECEDENTES FAMILIARES

ENFERMIDADE ACTUAL

ANAMNESE POR APARELLOS

1/4

SERGAS Hospital

Paciente: NHC: CIP: Rxiime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

TRONCO-ABDOME-EXTREMIDADES

Ganglios x cm **FÍGADO-BAZO** x cm
Indicar se sensible ao uso de antiespasmódicos ou de colélicos para a dilatación Indicar tamaño e malformacións en caso de rotundidade

DEREITA ESQUERDA

Epitroclear D x cm Periaóxicos x cm Epitroclear E x cm
 Axilar lateral D x cm Axilar lateral E x cm
 Axilar central D x cm Axilar central E x cm
 Axilar anterior D x cm Axilar anterior E x cm
 Axilar posterior D x cm Axilar posterior E x cm
 Axilar medio D x cm Axilar medio E x cm
 Mediastínico D x cm Mediastínico E x cm

FÍGADO BAZO

Háco D x cm Háco E x cm
 Inguinal D x cm Inguinal E x cm
 Femoral D x cm Femoral E x cm
 Poplíteo D x cm Poplíteo E x cm

3/4

SERGAS Hospital

Paciente: NHC: CIP: Rxiime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA máx/mín (mm Hg) / FC (batexos/min) FR (respir/min)
Tensión arterial Frecuencia cardíaca Frecuencia respiratoria

Tª (°C) - Pese (kg) Talla (cm) Superficie corporal (m²)
Temperatura Composición

CABEZA-PESCOZO

DEREITA ESQUERDA

BOCA-REXIÓN FARINXEA

2/4

SERGAS Hospital

Paciente: NHC: CIP: Rxiime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

PROBAS COMPLEMENTARIAS

XUZO CLÍNICO

PLAN DIAGNÓSTICO

PLAN TERAPÉUTICO

Localidade, <dia> de <mes> de <ano>
 Asdo: Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

4/4

ÁMBITOS DE USO

Servizos de Hematoloxía Clínica dos hospitais.

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

Hospitalización.
Consultas externas.

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO

Escritura: **Facultativos dos servizos de Hematoloxía Clínica dos hospitais.**

Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO

MOTIVO DE ASISTENCIA

Texto.
Obrigatorio.

ANTECEDENTES PERSOAIS

Texto.
Obrigatorio.

ESTUDO DE TROMBOSE

HTA

Check único.
Non obrigatorio.

Diabete

Check único.
Non obrigatorio.

Tabaco

Check único.
Non obrigatorio.

Abortos

Check único.
Non obrigatorio.

Anticonceptivos

Check único.
Non obrigatorio.

Varices

Check único.
Non obrigatorio.

Tromboflebite

Check único.
Non obrigatorio.

Embolia pulmonar

Check único.
Non obrigatorio.

Trombose venosa profunda

Check único.
Non obrigatorio.

Accidente isquémico transitorio

Check único.
Non obrigatorio.

Cirurxía

Texto.
Non obrigatorio.

ESTUDO DE COAGULACIÓN (SANGRADOS)

Cordón

Check único.
Non obrigatorio.

Hematomas

Check único.
Non obrigatorio.

Epistaxe

Check único.
Non obrigatorio.

Xenivorraxias

Check único.
Non obrigatorio.

Extraccións

Check único.
Non obrigatorio.

ALERXIAS

Texto.
Obrigatorio.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Texto.
Obrigatorio.

ENFERMIDADE ACTUAL

Texto.
Obrigatorio.

ANAMNESE POR APARELLOS

Texto.
Non obrigatorio.

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA

Numérico (0).
Non obrigatorio.

FC

Numérico (0).
Non obrigatorio.

FR

Numérico (0).
Non obrigatorio.

Tª

Numérico (1).
Non obrigatorio.

Localización

Combo.

Valores: Axilar / Rectal / Bucal / Transtimpánica.

Non obrigatorio.

Peso

Numérico (1).

Non obrigatorio.

Obrigatorio para o cálculo da superficie corporal.

Talle

Numérico (0).

Non obrigatorio.

Obrigatorio para o cálculo da superficie corporal.

Superficie corporal

Numérico (3).

Fórmula= $\text{Peso}^{0,425} \times \text{Talle}^{0,725} \times 71,48 / 10.000$

Non obrigatorio.

Cadro de texto

Texto.

Non obrigatorio.

CABEZA-PESCOZO

Texto.

Non obrigatorio.

BOCA-REXIÓN FARÍNEXA

Texto.

Non obrigatorio.

TRONCO-ABDOME-EXTREMIDADES

Texto.

Non obrigatorio.

Ganglios

Ancho x alto

Numérico (1).

Non obrigatorio.

FÍGADO-BAZO

Numérico (1).

Non obrigatorio.

Epitroclear D/E

Numérico (1).

Non obrigatorio.

Axilar lateral D/E

Numérico (1).

Non obrigatorio.

Axilar central D/E

Numérico (1).

Non obrigatorio.

Axilar anterior D/E

Numérico (1).

Non obrigatorio.

Axilar posterior D/E

Numérico (1).

Non obrigatorio.

Axilar medio D/E

Numérico (1).

Non obrigatorio.

FÍGADO

Numérico (1).

Non obrigatorio.

BAZO

Numérico (1).

Non obrigatorio.

Ilíaco D/E

Numérico (1).

Non obrigatorio.

Inguinal D/E

Numérico (1).

Non obrigatorio.

Femoral D/E

Numérico (1).

Non obrigatorio.

Poplíteo D/E

Numérico (1).

Non obrigatorio.

PROBAS COMPLEMENTARIAS

Texto.

Non obrigatorio.

XUÍZO CLÍNICO

Texto.

Obrigatorio.

PLAN DIAGNÓSTICO

Texto.

Non obrigatorio.

PLAN TERAPÉUTICO

Texto.

Obrigatorio.

SERGAS **Hospital**

Paciente: NIHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

INFORME CITOLÓGICO DE MÉDULA ÓSEA

SERVIZO: HEMATOLOGÍA CLÍNICA

SERVIZO SOLICITANTE: _____

MÉDICO SOLICITANTE: _____

Médico que realiza a aspiración: _____

Data de realización da aspiración (dd/mes/aaaa):

SOSPEITA DIAGNÓSTICA: _____

MOTIVO DE ESTUDO: _____

SANGUE PERIFÉRICO: _____

DATOS DA PUNCIÓN **TINGUIDUVAS**

Localización:

Consistencia ósea:

Granos:

Aspiración: Doada Difícil

W-G

Pe

Fa

Outras:

1/2

SERGAS **Hospital**

Paciente: NIHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

MEDULA ÓSEA

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Biopsia ósea

Citoxenética

Inmunofenotipo

Estudos moleculares

Cultivos microbiolóxicos

Improntas

Engadido en protocolo Mostra enviada

MELOGRAMA

Megacariocitos

Serie mieloide (%)

Serie eritróide (%)

Serie linfóide (%)

Células plasmáticas (%)

Blastos

Relación mieloeritróide

DESCRIPCIÓN

DIAGNÓSTICO

Localidade, < día > de < mes > de < ano >
 Asido. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

2/2

ÁMBITOS DE USO

Servizos de Hematoloxía Clínica dos hospitais.

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

Hospitalización.

Consultas externas.

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Hematoloxía Clínica dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO

SERVIZO SOLICITANTE

Texto.

Obrigatorio.

MÉDICO SOLICITANTE

Texto.

Obrigatorio.

Médico que realiza a aspiración

Texto.

Obrigatorio.

Data de realización da aspiración

Data.

Obrigatorio.

SOSPEITA DIAGNÓSTICA

Texto.

Obrigatorio.

MOTIVO DE ESTUDO

Texto.

Obrigatorio.

SANGUE PERIFÉRICO

Texto.

Non obrigatorio.

DATOS DA PUNCIÓN

Localización

Texto.

Non obrigatorio.

Consistencia ósea

Combo.

Valores: Normal / Diminuída / Aumentada.

Non obrigatorio.

Grupos

Combo.

Valores: Escasos / Abundantes / Ningún.

Non obrigatorio.

Aspiración

Check múltiple.

Excluínte.

Non obrigatorio.

TINGUIDURA

Check múltiple.

Non obrigatorio.

Outras

Texto

Non obrigatorio.

MEDULA ÓSEA

PROCEDEMENTOS REALIZADOS

Check múltiple.

Non excluínte.

Non obrigatorio.

Mostra enviada

Check único.

Non obrigatorio.

MIEOGRAMA

Megacariocitos

Texto.

Non obrigatorio.

Serie mieloide

Numérico (0).

Non obrigatorio.

Serie eritroide

Numérico (0).

Non obrigatorio.

Serie linfoide

Numérico (0).

Non obrigatorio.

Células plasmáticas

Numérico (0).

Non obrigatorio.

Blastos

Numérico (0).

Non obrigatorio.

Relación mieloeritroide

Numérico (0).

Non obrigatorio.

DESCRICIÓN

Texto.

Non obrigatorio.

DIAGNÓSTICO

Combo.

Valores: LA (leucose aguda) / LAL (leucose aguda linfoide) / LAL1 (leucose aguda linfoide tipo 1) / LAL2 (leucose aguda linfoide tipo 2) / LAL3 (tipo Burkitt) / LLC (leucose linfoide crónica) / LAM (leucose aguda mieloblástica) / M1 (leucose mieloblástica indiferenciada) / M2 (leucose mieloblástica diferenciada) / M3 (leucose promielocítica) / M4 (leucose aguda mielomonocítica) / M5 (leucose monoblástica) / M6 (eritroleucemia) / M7 (leucose megacarioblástica) / LMC (leucose mioide crónica) / AR (anemia refractaria simple) / AREB (anemia refractaria con exceso de blastos) / AREBT (anemia refractaria con exceso de blastos en transformación) / ARS (anemia refractaria sideroblástica) / LMMC (leucemia mielomonocítica crónica) / MF (mielofibrose idiopática) / PV (policitemia vera) / TE (trombocitose esencial) / Infiltración por HDK / Infiltración por LNH / Infiltración por mieloma / Compatible con enfermidade de Waldestrom / Metástase por tumor alleo á MO / Parasitose / Enfermidade de depósito / Aplasia medular / Compatible con PTI / Outros.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Cadro de texto

Texto

Obrigatorio se non cobre ningunha outra epígrafe deste apartado.




Paciente: _____ Data Rec.: _____ Sexo: _____
 NHC: _____ CIP: _____ Réxime: _____ NSS: _____
 Enderezo: _____ Teléfono: _____



INFORME DE CITOMETRÍA

SERVIZO SOLICITANTE: _____
 MÉDICO SOLICITANTE: _____
 Data de estudo (dd/mm/aaaa): _____

SOSPEITA DIAGNÓSTICA: _____
 MOTIVO DE ESTUDO: _____
 TIPO DE MOSTRA: _____
 POBOACIÓN ESTUDADA: _____

MARCADORES LINFOIDES (L. I.ª T.)	MARCADORES LINFOIDES (L. I.ª B.)
CD 1 ⁺ (%) <input type="text"/>	HLA-DR / Ia (%) <input type="text"/>
CD 2 (%) <input type="text"/>	CD 10 (CALLA) (%) <input type="text"/>
CD 3 (%) <input type="text"/>	CD 19 (%) <input type="text"/>
CD 4 (%) <input type="text"/>	CD 20 (%) <input type="text"/>
CD 5 (%) <input type="text"/>	CD 22 (%) <input type="text"/>
CD 7 (%) <input type="text"/>	CD 23 (%) <input type="text"/>
CD 8 (%) <input type="text"/>	CD 24 (%) <input type="text"/>
Outros: <input type="text"/>	CD 79a (%) <input type="text"/>
	CL κ (%) <input type="text"/>
	CD 3 (%) <input type="text"/>
	Outros: <input type="text"/>

1/2



Paciente: _____ Data Rec.: _____ Sexo: _____
 NHC: _____ CIP: _____ Réxime: _____ NSS: _____
 Enderezo: _____ Teléfono: _____

MARCADORES MELÓIDES	OUTROS MARCADORES
CD 13 (%) <input type="text"/>	EMC-7 (%) <input type="text"/>
CD 33 (%) <input type="text"/>	TdT (%) <input type="text"/>
CD 14 (%) <input type="text"/>	CD 25 (%) <input type="text"/>
CD 11c (%) <input type="text"/>	CD 34 (%) <input type="text"/>
CD 41 (%) <input type="text"/>	CD 38 (%) <input type="text"/>
CD 81 (%) <input type="text"/>	CD 45 (%) <input type="text"/>
CD 64 (%) <input type="text"/>	CD 55 (%) <input type="text"/>
CD 65 (%) <input type="text"/>	CD 59 (%) <input type="text"/>
CD 117 (%) <input type="text"/>	CD 54 (%) <input type="text"/>
CD 36 (%) <input type="text"/>	CD 16 (%) <input type="text"/>
MPO citoplasm. (%) <input type="text"/>	CD 68 (%) <input type="text"/>
Outros: <input type="text"/>	Glicoforina (%) <input type="text"/>
	Outros: <input type="text"/>

COMENTARIOS: _____

Localidade, < día > de < mes > de < ano >
 Asido: Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

2/2

<p>ÁMBITOS DE USO</p> <p>Servizos de Hematología Clínica dos hospitais.</p> <p>NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO</p> <p>Hospitalización.</p> <p>Consultas externas.</p>	<p>PERFÍS PROFESIONAIS DE USO</p> <p> Escritura: Facultativos dos servizos de Hematología Clínica dos hospitais.</p> <p> Consulta: Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.</p>
---	--

<p>NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO</p> <p>SERVIZO SOLICITANTE</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>MÉDICO SOLICITANTE</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>Data de estudo</p> <p>Data.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>SOSPEITA DIAGNÓSTICA</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>MOTIVO DE ESTUDO</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>TIPO DE MOSTRA</p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>POBOACIÓN ESTUDADA</p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>MARCADORES LINFOIDES (LÍNEA T)</p> <p>CD 1ª</p> <p>Numérico (0)</p> <p>Non obrigatorio.</p>	<p>CD 2</p> <p>Numérico (0)</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>CD 3</p> <p>Numérico (0)</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>CD 4</p> <p>Numérico (0)</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>CD 5</p> <p>Numérico (0)</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>CD 7</p> <p>Numérico (0)</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>CD 8</p> <p>Numérico (0)</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>Outros</p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>MARCADORES LINFOIDES (LIÑA B)</p> <p>HLA-DR / Ia</p> <p>Numérico (0)</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>CD 10 (CALLA)</p> <p>Numérico (0)</p> <p>Non obrigatorio.</p>	<p>CD 19</p> <p>Numérico (0)</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>CD 20</p> <p>Numérico (0)</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>CD 22</p> <p>Numérico (0)</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>CD 23</p> <p>Numérico (0)</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>CD 24</p> <p>Numérico (0)</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>CD 79a</p> <p>Numérico (0)</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>CL k</p> <p>Numérico (0)</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>CD I</p> <p>Numérico (0)</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>Outros</p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p>
---	--	---

MARCADORES MIELOIDES

CD 13

Numérico (0).
Non obrigatorio.

CD 33

Numérico (0).
Non obrigatorio.

CD 14

Numérico (0).
Non obrigatorio.

CD 11c

Numérico (0).
Non obrigatorio.

CD 41

Numérico (0).
Non obrigatorio.

CD 61

Numérico (0).
Non obrigatorio.

CD 64

Numérico (0).
Non obrigatorio.

CD 65

Numérico (0).
Non obrigatorio.

CD 117

Numérico (0).
Non obrigatorio.

CD 36

Numérico (0).
Non obrigatorio.

MPO citoplasm.

Numérico (0).
Non obrigatorio.

CD 33

Numérico (0).
Non obrigatorio.

Outros

Texto.
Non obrigatorio.

OUTROS MARCADORES

FMC-7

Numérico (0).
Non obrigatorio.

TdT

Numérico (0).
Non obrigatorio.

CD 25

Numérico (0).
Non obrigatorio.

CD 34

Numérico (0).
Non obrigatorio.

CD 38

Numérico (0).
Non obrigatorio.

CD 45

Numérico (0).
Non obrigatorio.

CD 55

Numérico (0).
Non obrigatorio.

CD 59

Numérico (0).
Non obrigatorio.

CD 54

Numérico (0).
Non obrigatorio.

CD 16

Numérico (0).
Non obrigatorio.

CD 56

Numérico (0).
Non obrigatorio.

Glycoforina



Numérico (0).
Non obrigatorio.

Outros

Texto.
Non obrigatorio.

COMENTARIOS

Texto.
Non obrigatorio.

				
Paciente:	CIP:	Régimen:	Fecha Nac.:	Sexo:
Dirección:		Teléfono:		
INFORME DE CITOMETRÍA EN INMUNODEFICIENCIAS				
SERVIZO: HEMATOLoxÍA CLÍNICA				
SERVIZO SOLICITANTE: <input type="text"/>				
MÉDICO SOLICITANTE: <input type="text"/>				
Data de estudo (dd/mm/aaaa) <input type="text"/>				
SOSPETA DIAGNÓSTICA: <input type="text"/>				
MOTIVO DE ESTUDO: <input type="text"/>				
POBQAIÓN ESTUDADA				
Linfocitos CD4 ⁺ /μl	<input type="text"/>			
Linfocitos CD8 ⁺ /ml	<input type="text"/>			
Linfocitos CD4 (%)	<input type="text"/>			
Linfocitos CD8 (%)	<input type="text"/>			
Rate CD4 ⁺ /CD8	<input type="text"/>			
COMENTARIOS				
<input type="text"/>				
Localidade, < día > de < mes > de < ano > Audo. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo				

1/1

ÁMBITOS DE USO

Servizos de Hematoloxía Clínica dos hospitais.

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.
Consultas externas.**

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Hematoloxía Clínica dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO

SERVIZO SOLICITANTE

Texto.
Obrigatorio.

MÉDICO SOLICITANTE

Texto.
Obrigatorio.

Data de estudo

Data.
Obrigatorio.

MOTIVO DE ESTUDO

Texto.
Obrigatorio.

POBOACIÓN ESTUDADA

Linfocitos CD4/ml

Numérico (0).
Non obrigatorio.

Linfocitos CD8/ml

Numérico (0).
Non obrigatorio.

Linfocitos CD4

Numérico (0).
Non obrigatorio.

Linfocitos CD8

Numérico (0).
Non obrigatorio.

Ratio CD4/CD8

Numérico (1).
Fórmula = Linfocitos CD4 / Linfocitos CD8
Non obrigatorio.

Data:

22/2/2006

Grupo cl3nico de asesores asistente:

Miguel A. Silva C3sar
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Eugenia Ameneiros Lago
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

M^a Jos3 Cereijo Quinteiro
C.H. Xeral-Calde.

3ngeles Castillo Losada
C.H. de Ourense.

Isidro Caballer3a Palau
C.H. de Pontevedra.

Luis Amador Barciela
C.H. Universitario de Vigo.

Tom3s Ardid Posada
C.H. Universitario de Vigo.

Grupo de documentalistas asistente:



Ignacio Juanatey Dorado
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

M^a Holanda Rodr3guez V3zquez
C.H. Universitario de Vigo.

Documentos elaborados:

Anamnese e exploraci3n f3sica.

- Alergolox3a
- Anestesiolox3a e Reanimaci3n
- Anxiolox3a e Cirurx3a Vascular
- Aparello Dixestivo
- Cardiolox3a
- Cirurx3a Card3aca
- Cirurx3a Maxilofacial
- Cirurx3a Ped3trica
- Cirurx3a Pl3stica
- Cirurx3a Tor3cica
- Cirurx3a Xeral e Dixestiva
- Dermatolox3a
- Endocrinolox3a
- Hematolox3a Cl3nica
- Hospitalizaci3n a Domicilio**
- Medicina Interna
- Medicina Intensiva
- Medicina Preventiva
- Nefrolox3a
- Neurocirurx3a
- Neurofisiolox3a Cl3nica
- Neurolox3a
- Obstetricia
- Oftalmolox3a
- Oncolox3a M3dica
- Otorrinolaringolox3a
- Pediatr3a
- Pneumolox3a
- Psiquiatr3a
- Radiodiagn3stico
- Rehabilitaci3n
- Reumatolox3a
- Traumatolox3a
- Urolox3a
- Xeriatria
- Xinecolox3a

Paciente:
Data Nac.:
Sexo:

NHC:
CIP:
Rólame:
NSS:

Enderezo:
Teléfono:

ANAMNESE E EXPLORACIÓN FÍSICA

SERVIZO: HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

SERVIZO DE PROCEDENCIA:

ÁREA DE PROCEDENCIA:

MOTIVO DE ASISTENCIA:

ANTECEDENTES PERSOAIS
 [Enteidades] [Intervencións] [Transfusións] [Hábitos tóxicos] [Situación social e funcional]
 [Medicación actual] [Profesión] [Outros]

ALERXIAS

ANTECEDENTES FAMILIARES

ENFERMIDADE ACTUAL

ANAMNESE POR APARELLOS

1/2




Paciente:
Data Nac.:
Sexo:

NHC:
CIP:
Rólame:
NSS:

Enderezo:
Teléfono:

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA máx/mín (mm Hg) /
Tensión arterial

FC (batexos/mín)
Frecuencia cardíaca

FR (resp/mín)
Frecuencia respiratoria

Tª (°C) -
Temperatura do axilario

Peso (kg)

Talla (cm)

IMC
Índice de masa corporal (kg/m²)

COMENTARIOS ÁS PROBAS

XUÍZO CLÍNICO



PLAN DIAGNÓSTICO

PLAN TERAPÉUTICO

Localidade, < día > de < mes > de < ano >

Asido: Dr./a: Nome e apelidos do facultativo

2/2

<p>ÁMBITOS DE USO</p> <p>Servizos de Hospitalización a Domicilio dos hospitais.</p> <p>NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO</p> <p>Hospitalización.</p> <p>Consultas externas.</p>	<p>PERFÍS PROFESIONAIS DE USO</p> <p> Escritura: Facultativos dos servizos de Hospitalización a Domicilio dos hospitais.</p> <p> Consulta: Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.</p>
---	--

<p>NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO</p> <p>SERVIZO DE PROCEDENCIA</p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>ÁREA DE PROCEDENCIA</p> <p>Combo.</p> <p>Valores: Hospitalización / Consultas / Urgencias / Cirurxía ambulatoria / Hospital de día / HADO doutros hospitais / Centro de referencia / Atención primaria / Outras.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>Se “ÁREA DE PROCEDENCIA” = Outras</p> <p>Cadro de texto</p> <p>Texto</p> <p>Obrigatorio</p> <p>MOTIVO DE ASISTENCIA</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>ANTECEDENTES PERSOAIS</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>ALERXIAS</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>ANTECEDENTES FAMILIARES</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p>	<p>ENFERMIDADE ACTUAL</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>ANAMNESE POR APARELLOS</p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>EXPLORACIÓN FÍSICA</p> <p>TA</p> <p>Numérico (0).</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>FC</p> <p>Numérico (0).</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>FR</p> <p>Numérico (0).</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>Tª</p> <p>Numérico (1).</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>Localización</p> <p>Combo.</p> <p>Valores: Axilar / Rectal / Bucal / Transtimpánica.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>Peso</p> <p>Numérico (1).</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>Obrigatorio para o cálculo do IMC.</p>	<p>Talle</p> <p>Numérico (0).</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>Obrigatorio para o cálculo do IMC.</p> <p>IMC</p> <p>Numérico (2).</p> <p>Fórmula = $\text{Peso} / \text{Talle}^2$</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>Cadro de texto</p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>COMENTARIOS ÁS PROBAS</p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>XUÍZO CLÍNICO</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>PLAN DIAGNÓSTICO</p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>PLAN TERAPÉUTICO</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p>
---	---	---

Data:

20/1/2006

Grupo clínico de asesores asistente:

José Carlos García Martín
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Fernando de la Iglesia Martínez
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Pascual Sesma Sánchez
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Ramón Rabuñal Rey
C.H. Xeral-Calde.

Ovidio Fernández Álvarez
C.H. de Ourense.

Luis Piñeiro Gómez-Durán
C.H. de Pontevedra.

José Ramón Larrañaga Fernández
C.H. Universitario de Vigo.

Grupo de documentalistas asistente:

Ramón Ares Rico
Servizo de Procesos Asistenciais.

Miguel Costas Sueiras
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Ignacio Juanatey Dorado
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Jesús Conde Freire
C.H. Xeral-Calde.

Mar Díaz Terciado
C.H. Universitario de Vigo.

Documentos elaborados:

Anamnese e exploración física.

Data:

20/3/2006

Grupo clínico de asesores asistente:

José Carlos García Martín
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Fernando de la Iglesia Martínez
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Pascual Sesma Sánchez
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Ramón Rabuñal Rey
C.H. Xeral-Calde.

Ovidio Fernández Álvarez
C.H. de Ourense.

Grupo de documentalistas asistente:

Miguel Costas Sueiras
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Ignacio Juanatey Dorado
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Jesús Conde Freire
C.H. Xeral-Calde.

Román García de la Infanta
C.H. de Ourense.

M^a Holanda Rodríguez Vázquez
C.H. Universitario de Vigo.


Documentos elaborados:

Anamnese e exploración física.

- Alergología
- Anestesiología e Reanimación
- Anxioloxía e Cirurxía Vascular
- Aparello Dixestivo
- Cardioloxía
- Cirurxía Cardíaca
- Cirurxía Maxilofacial
- Cirurxía Pediátrica
- Cirurxía Plástica
- Cirurxía Torácica
- Cirurxía Xeral e Dixestiva
- Dermatoloxía
- Endocrinoloxía
- Hematoloxía Clínica
- Hospitalización a Domicilio

Medicina Interna

- Medicina Intensiva
- Medicina Preventiva
- Nefroloxía
- Neurocirurxía
- Neurofisioloxía Clínica
- Neuroloxía
- Obstetricia
- Oftalmoloxía
- Oncoloxía Médica
- Otorrinolaringoloxía
- Pediatría
- Pneumoloxía
- Psiquiatría
- Radiodiagnóstico
- Rehabilitación
- Reumatoloxía
- Traumatoloxía
- Uroloxía
- Xeriatría
- Xinecoloxía

SERGAS 

Paciente: NHC: CIP: Rótulo: Data Nas.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

ANAMNESE E EXPLORACIÓN FÍSICA

SERVIZO: MEDICINA INTERNA

MOTIVO DE ASISTENCIA

ANTECEDENTES PERSOAS

HTA Hepatite viral B Enfermidade cardiovascular
 Diabete Hepatite viral C ADVP
 Dislipemia VIH + *Adicción a drogas máis paracetamol*
Outros antecedentes persoais

Alcohol (g/día) Fumador Paquetes x ano
 Ex-fumador Desde hai anos meses

[Enfermidades] [Intervencións] [Transfusións] [Hábitos tóxicos] [Situación social e funcional]
 [Medicación actual] [Profesión] [Outros]

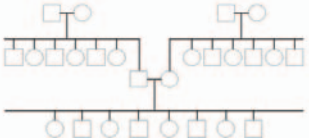
ALFABAS

ANTECEDENTES FAMILIARES


Enfermidade cardiovascular Cancro Diabete

Xenograma


Filialdo
 Alodialdo
 Descendentes non estudados
 Individo



1/4

SERGAS 

Paciente: NHC: CIP: Rótulo: Data Nas.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:



XUZO CLÍNICO

PLAN DIAGNÓSTICO


Análítica Radiografía de tórax Ecografía
 ECG TC RM Ecocardiografía

PLAN TERAPÉUTICO

Medidas dietéticas

Medidas hixiénicas: Realizar exercicio físico Abandono do tabaco Abandono do alcohol

3/4

SERGAS 

Paciente: NHC: CIP: Rótulo: Data Nas.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

ENFERMIDADE ACTUAL

ANAMNESE POR APARELLOS

[Estado xeral] [Nutrición] [Oídos, ollos e garganta] [Pel e mucosas] [Ganglios] [Circulatorio] [Respiratorio]
 [Dixestivo] [Endócrino] [Urexental] [Nervioso e psicomotor] [Osos e articulacións]


EXPLORACIÓN FÍSICA

TA máx/mín (mm Hg) / FC (batucos/min) FR (respiracións/min)
Insuficiencia arterial *Insuficiencia cardíaca* *Insuficiencia respiratoria*

Tª (°C) - Peso (kg) Talle (cm) IMC
Respiratorio *Insuficiencia cardíaca* *Insuficiencia respiratoria*

Perímetro abdominal (cm)

[Estado xeral] [Pel e mucosas] [Cabeza e pescozo] [Tórax] [Abdome] [Xentais] [Extremidades]
 [Exploración neurolóxica]



2/4

SERGAS 

Paciente: NHC: CIP: Rótulo: Data Nas.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

ESCALAS

MMSG de Folstein Índice de Barthel Escala de coma de Glasgow

ESCALA DE CHILD-PUGH

RESULTADO -

PROGNÓSTICO

CLASIFICACIÓN DA INSUFICIENCIA CARDÍACA (NYHA)

ÍNDICE NOCELLO-BRAZO (INB)

RESULTADO DEREITO ESQUERDO

INTERPRETACIÓN DEREITO ESQUERDO

ÍNDICE DE ACTIVIDADE DA ENFERMIDADE DE CROHN

RESULTADO

INTERPRETACIÓN

Nos puntos 1, 2 e 3 cómpre sumar o ocorrido nos 7 días previos

SISTEMA DE PUNTUACIÓN MAYO PARA A VALORACIÓN DA COLITE ULCEROSA

RESULTADO

Localidade, < día > de < mes > de < ano >
 Asdo. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

4/4

ÁMBITOS DE USO

Servizos de Medicina Interna dos hospitais.

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

Hospitalización.
Consultas externas.

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO

Escritura: **Facultativos dos servizos de Medicina Interna dos hospitais.**

Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO

MOTIVO DE ASISTENCIA

Texto.
Obrigatorio.

ANTECEDENTES PERSOAIS

HTA

Check único.
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Diabete

Check único.
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Dislipemias

Check único.
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Hepatite viral B

Check único.
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Hepatite viral C

Check único.
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

VIH +

Check único.
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Enfermidade cardiovascular

Check único.
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

DVP

Check único.
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Alcohol

Numérico (1).
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Fumador/Ex-fumador

Check múltiple.
Excluínte.
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Se "Fumador / Ex-fumador"= Fumador

Paquetes x ano

Numérico (0).
Obrigatorio.

Se "Fumador / Ex-fumador"= Ex-fumador

Desde hai anos

Numérico (0).
Non obrigatorio se cobre meses.

meses

Numérico (0).
Non obrigatorio se cobre anos.

Cadro de texto

Texto.
Obrigatorio se non cobre ningunha outra epígrafe deste apartado.

ALERXIAS

Texto.
Obrigatorio.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Enfermidade cardiovascular

Check único.
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Cancro

Check único.
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Diabete

Check único.
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Cadro de texto

Texto.
Obrigatorio se non cobre ningunha outra epígrafe deste apartado.

ENFERMIDADE ACTUAL

Texto.
Obrigatorio.

ANAMNESE POR APARELLOS

Texto.
Non obrigatorio.

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA

Numérico (0).
Non obrigatorio.

FC

Numérico (0).
Non obrigatorio.

FR

Numérico (0)..
Non obrigatorio.

Tª

Numérico (1)
Non obrigatorio.

Localización

Combo.
Valores: Axilar / Rectal / Bucal /
Transtimpánica.
Non obrigatorio.

Peso

Numérico (1).
Non obrigatorio.
Obrigatorio para o cálculo do IMC.

Talle

Numérico (0).
Non obrigatorio.
Obrigatorio para o cálculo do IMC.

IMC

Numérico (2).
Fórmula = $\text{Peso} / \text{Talle}^2$
Non obrigatorio.

Talla

Numérico (0).
Non obrigatorio.

Perímetro abdominal

Texto.
Non obrigatorio.

Cadro de texto

Texto.
Non obrigatorio.

XUÍZO CLÍNICO

Texto.
Obrigatorio.

PLAN DIAGNÓSTICO

Analítica

Check único.
Non obrigatorio.

Radiografía de tórax

Check único.
Non obrigatorio.

Ecografía

Check único.
Non obrigatorio.

EKG

Check único.
Non obrigatorio.

TC

Check único.
Non obrigatorio.

RM

Check único.
Non obrigatorio.

Ecocardiografía

Check único.
Non obrigatorio.

Cadro de texto

Texto.
Non obrigatorio.

PLAN TERAPÉUTICO

Medidas dietéticas

Combo.
Valores: Dieta sen sal / Dieta pobre en purinas / Dieta sen glute / Dieta baixa en colesterol e graxas saturadas / Dieta diabética 1.500 cal / Dieta diabética 2.000 cal / Dieta diabética 2.500 cal / Dieta hipocalórica 1.000 cal / Dieta hipocalórica 1.500 cal / Dieta hipocalórica 2.000 cal / Dieta de insuficiencia renal.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Medidas hixiénicas

Check múltiple.
Non excluínte.
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Cadro de texto

Texto.
Obrigatorio se non cobre ningunha outra epígrafe deste apartado.

ESCALAS

MMSE de Folstein

Numérico (0).
Non obrigatorio.

Índice de Barthel

Numérico (0).
Non obrigatorio.

Escala de coma de Glasgow

Numérico (0).
Non obrigatorio.

ESCALA DE CHILD-PUGH

RESULTADO

Texto - Numérico (0).
Non obrigatorio.

PROGNÓSTICO

Texto.
Non obrigatorio.

CLASIFICACIÓN DA INSUFICIENCIA CARDÍACA (NYHA)

Combo.
Valores: Clase funcional I / Clase funcional II / Clase funcional III / Clase funcional IV.

Non obrigatorio.

Texto

Non obrigatorio.

Cadro de texto

Texto.

Se "Clase funcional" = I

Cadro de texto = Actividade ordinaria sen síntomas. Non hai limitación da actividade física.

Se “Clase funcional” = II

Cadro de texto = O paciente tolera a actividade ordinaria, pero existe unha lixeira limitación da actividade física, aparecendo dispnea con esforzos intensos.

Se “Clase funcional” = III

Cadro de texto = A actividade física que o paciente pode realizar é inferior á ordinaria, está notablemente limitado pola dispnea.

Se “Clase funcional” = IV

Cadro de texto = O paciente ten dispnea ao menor esforzo ou en repouso, e é incapaz de realizar calquera actividade física.

ÍNDICE NOCELLO-BRAZO (INB)**RESULTADO**

Numérico (2).

Non obrigatorio.

INTERPRETACIÓN

Texto

Non obrigatorio.

ÍNDICE DE ACTIVIDADE DA ENFERMIDADE DE CROHN**RESULTADO**

Numérico (2).

Non obrigatorio.

INTERPRETACIÓN

Texto.

Non obrigatorio.

SISTEMA DE PUNTUACIÓN MAYO PARA A VALORACIÓN DA COLITE ULCEROSA**RESULTADO**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo: Enderezo: Teléfono:

MMSE DE FOLSTEIN

Mini-Mental State Examination de Folstein (versión de Tolosa e cols. 1987)

SERVIZO: NEUROLOXÍA

ORIENTACIÓN

	Puntuación
¿En que ano estamos?	1 <input type="checkbox"/>
¿En que estación estamos?	1 <input type="checkbox"/>
¿En que data estamos?	1 <input type="checkbox"/>
¿En que día estamos?	1 <input type="checkbox"/>
¿En que mes estamos?	1 <input type="checkbox"/>
¿Onde estamos?	1 <input type="checkbox"/>
¿Provincia?	1 <input type="checkbox"/>
¿Nación?	1 <input type="checkbox"/>
¿Cidade?	1 <input type="checkbox"/>
¿Hospital?	1 <input type="checkbox"/>
¿Plaza?	1 <input type="checkbox"/>

FIXACIÓN

Nomee tres obxectos a intervalos dun segundo. 3
 Despois pregúntalle ao paciente os tres.
 Anote un punto por cada resposta correcta.
 Repita os obxectos ata que o paciente aprenda os tres.

ATENCIÓN E CÁLCULO

Genes de sete. Anote un punto por cada resposta correcta. 5
 Pare despois de cinco respostas.
 Alternativa: deletree "mundo" ao revés.

1/3

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo: Enderezo: Teléfono:

FIXACIÓN

Dígale ao paciente que vai examinar a súa memoria. Despois mencione tres obxectos relacionados, clara e lentamente douzando unha pausa despois de cada un. Logo pídale ao paciente que os repita. A primeira repetición determina a puntuación (0-3), pero faga que siga dicíndollos ata que poida repetir os tres (ata seis intentos). Se non os pode aprender, a memoria non pode ser examinada de modo significativo. 0-3

ATENCIÓN E CÁLCULO

Pídale ao paciente que, comezando por 100, conte cara atrás de sete en sete en sete, pero despois de cinco subtraccións (80, 86, 73, 72, 65), anote o número total de respostas correctas. Se o paciente non pode realizar esta proba, pídale que deletree a palabra "mundo" ao revés. A puntuación que debe asignar é o número de letras na orde correcta (por exemplo, odum, 5, odum, 3). 0-5

MEMORIA

Pregúntalle ao paciente se pode acordarse de tres palabras que previamente lle pediu que recordara (puntuación: 0-3). 0-3

LINGUAXE

Denominación: móstralle ao paciente un reloxo de pulsera e pregúntelle que é. Repita o mesmo con lapis (puntuación: 0-2). 0-2
 Repetición: pídale ao paciente que repita unha frase despois de vintede. Permita só un intento (puntuación: 0-1). 0-1

Fase de ordes: dólle ao paciente unha folia de papel en branco e repita a orde. Anote un punto por cada parte realizada de forma correcta. Con menos de 24 puntos (suavete albetizado) débese sospeitar demencia.

TOTAL

Localidade, <dia> de <mes> de <ano>
 Asdo. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo


3/3

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo: Enderezo: Teléfono:

MEMORIA



Recordo dos tres obxectos aprendidos previamente. 3
 Señale cun lapis e un reloxo. Faga que o paciente os nomee cando vostede sinala. 2
 Faga que o paciente repita: "Nin si, nin non, nin peres". 1
 Faga que o paciente siga tres tipos de orde: "Culla o papel na súa man dereita, dóbreo pola metade, póñao no chan". 3
 Faga que o paciente lía e obedezca ao seguinte: "Feches os ollos" (escrito en letra grande). 1
 Faga que o paciente escriba unha frase da súa propia elección (a frase debe ter un suxeito e un obxecto para ter sentido) (faga caso omiso das faltas de ortografía cando puntúa). 1
 Amplíe o debuxo de abaixo ata 1-5 centímetros por lado e faga que o paciente o copie (anote un punto se todos os lados e os ángulos se manteñen e se os lados que se cruzan forman un cuadrángulo). 1



ORIENTACIÓN

Pregunte a data. Despois faga preguntas específicas das partes omitidas. Por exemplo, ¿pode dicirme, ademais, en que estación estamos? Pregunte alternativamente ¿pode dicirme o nome deste hospital, cidade, país? Dálle un punto a cada resposta correcta.

2/3

<p>ÁMBITOS DE USO</p> <p>Servizos de Medicina Interna dos hospitais.</p> <p>NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO</p> <p>Hospitalización. Consultas externas.</p>	<p>PERFÍS PROFESIONAIS DE USO</p> <p> Escritura: Facultativos dos servizos de Medicina Interna dos hospitais.</p> <p> Consulta: Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.</p>
---	---

<p>NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO</p> <p>ORIENTACIÓN</p> <p>Check numérico</p> <p>Non excluín-te.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>FIXACIÓN</p> <p>Check numérico</p> <p>Non excluín-te.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>ATENCIÓN E CÁLCULO</p> <p>Check numérico</p> <p>Non excluín-te.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>MEMORIA</p> <p>Check numérico</p> <p>Non excluín-te.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>ORIENTACIÓN</p> <p>Numérico (0).</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>FIXACIÓN</p> <p>Numérico (0).</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>ATENCIÓN E CÁLCULO</p> <p>Numérico (0).</p> <p>Obrigatorio.</p>	<p>MEMORIA</p> <p>Numérico (0).</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>LINGUAXE</p> <p>Numérico (0).</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>TOTAL</p> <p>Numérico (0).</p> <p>Fórmula = SUMA (Puntuación).</p> <p>Obrigatorio.</p>
---	---

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: _____ Data Nac.: _____ Sexo: _____
 NHC: _____ CIP: _____ Réxime: _____ NSS: _____
 Enderezo: _____ Teléfono: _____

ÍNDICE DE BARTHEL

SERVIZO: MEDICINA INTERNA

COMER Puntuación

Independente: Capaz de utilizar calquera instrumento necesario; capaz de esmizar a comida, estender a manteiga, usar condimentos, etc., por si só. Come nun tempo razoable. A comida pode ser cocida e servida por outra persoa. 10

Necesita axuda: para cortar a carne ou o pan, estender a manteiga, etc, pero é capaz de comer só. 5

Dependente: Necesita ser alimentado por outra persoa. 0

LAVARSE (BAÑARSE)

Independente: Capaz de lavarse enteiro; pode ser usado a ducha, a bañeira ou permanecendo de pé e aplicando a esponxa sobre todo o corpo. Inclúe entrar e saír do baño. Pode realizalo todo sen estar unha persoa presente. 5

Dependente: Necesita algunha axuda ou supervisión. 0

VESTIRSE

Independente: Capaz de pór e quitar toda a roupa, atar os zapatos, abrochar os botóns e colocar os complementos que precisa (ex., bragueiro, corsé, etc.) sen axuda. 10

Necesita axuda: pero realiza só polo menos a metade das tarefas nun tempo razoable. 5

Dependente: 0

ARRANXARSE

Independente: Realiza todas as actividades persoais sen ningunha axuda. Inclúe lavar a cara e as mans, peñarse, maquillarse, afeitarse e lavar os dentes. Os complementos necesarios para iso poden ser provistos por outra persoa. 5

Dependente: Necesita algunha axuda. 0

1/3

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: _____ Data Nac.: _____ Sexo: _____
 NHC: _____ CIP: _____ Réxime: _____ NSS: _____
 Enderezo: _____ Teléfono: _____

DEAMBULACIÓN

Independente: Pode camiñar polo menos 50 metros, ou o seu equivalente na casa sen axuda ou supervisión. A velocidade non é importante. Pode usar calquera axuda (bastón, muletas, etc.) excepto andador. Se utiliza prótese, é capaz de pór e quitarla só. 15

Necesita axuda, supervisión ou pequena axuda física (persoa non moi forte) para andar 50 m. Inclúe instrumentos ou axudas para permanecer de pé (andador) 10

Independente en cadeira de rodas. En 90 m. Debe ser capaz de desprazarse, cruzar portas e dobrar esquinas só. 5

Dependente: Inclúe ser rodado por outros se utiliza cadeira de rodas. 0

SUBIR E BAXAR ESCALEIRAS

Independente: Capaz de subir e baixar un piso sen axuda nin supervisión. Pode utilizar o apoio que precisa para andar (bastón, muletas, etc.) e o pasamús. 10

Necesita axuda, supervisión física ou verbal. 5

Dependente: Incapaz de salvar chanzos. Necesita elevador (ascensor). 0

TOTAL

Localidade, <dia> de <mes> de <ano>
 Asdo. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

3/3

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: _____ Data Nac.: _____ Sexo: _____
 NHC: _____ CIP: _____ Réxime: _____ NSS: _____
 Enderezo: _____ Teléfono: _____

DEPOSICIÓN

Contínente: Ningún episodio de incontinencia. Se necesita enema ou supositorios, é capaz de os administrar por si só. 10

Accidente ocasional: Menos dunha vez por semana ou necesita axuda para enemas ou supositorios. 5

Incontinente: Inclúe administración de enemas ou supositorios para outro. 0

MICCIÓN (valorar a semana previa)

Contínente: Ningún episodio de incontinencia (seco día e noite). Capaz de usar calquera dispositivo. En pacientes sondados inclúese poder cambiar a bolsa por si só. 10

Accidente ocasional: Máximo un en 24 horas. Inclúe necesitar axuda na manipulación de sondas ou dispositivos. 5

Incontinente: Inclúe pacientes con sonda incapaces de manexarse. 0

IR AO RETRETE

Independente: Entra e sae só. Capaz de quitar e pór a roupa, limpase, previr o manchado da roupa e tirar da cadea. Capaz de sentarse e levantarse da taza sen axuda (pode utilizar barras para apoiarse). Se usa penico (puriña, botella, etc.) é capaz de utilizalo e baleiralo completamente sen axuda e sen manchar. 10

Necesita axuda: Capaz de manexarse con pequena axuda de equilibrio, quitar e pór a roupa ou usar o papel hixiénico. Aínda é capaz de utilizar o retrete. 5

Dependente: Incapaz de manexarse sen asistencia maior. 0

TRASLADARSE SÓ/Á CAMA



Independente: Sen axuda en todas as fases. Se utiliza cadeira de rodas: aproxímase á cama, trea, despraza o apoiapés, pecha a cadeira, colócase en posición de sentado nun lado da cama, mílese e déitase e pode volver á cadeira sen axuda. 15

Mínima axuda: Inclúe supervisión verbal ou pequena axuda física tal como a ofrecida por unha persoa non moi forte ou sen adestramento. 10



Gran axuda: Capaz de estar sentado sen axuda, pero necesita moita asistencia (persoa forte ou adestrada) para saír, entrar na cama ou desprazarse. 5

Dependente: Necesita guindastre ou ser levantado completamente por dúas persoas. Incapaz de permanecer sentado. 0

2/3

<p>ÁMBITOS DE USO</p> <p>Servizos de Medicina Interna dos hospitais.</p> <p>NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO</p> <p>Hospitalización.</p> <p>Consultas externas.</p>	<p>PERFÍS PROFESIONAIS DE USO</p> <p> Escritura: Facultativos dos servizos de Medicina Interna dos hospitais.</p> <p> Consulta: Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.</p>
--	---

<p>NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO</p> <p>COMER</p> <p>Check numérico múltiple.</p> <p>Excluínte.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>LAVARSE (BAÑARSE)</p> <p>Check numérico múltiple.</p> <p>Excluínte.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>VESTIRSE</p> <p>Check numérico múltiple.</p> <p>Excluínte.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>ARRANXARSE</p> <p>Check numérico múltiple.</p> <p>Excluínte.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>DEPOSICIÓN</p> <p>Check numérico múltiple.</p> <p>Excluínte.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>MICCIÓN</p> <p>Check numérico múltiple.</p> <p>Excluínte.</p> <p>Obrigatorio.</p>	<p>IR AO RETRETE</p> <p>Check numérico múltiple.</p> <p>Excluínte.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>TRASLADARSE SOFÁ/CAMA</p> <p>Check numérico múltiple.</p> <p>Excluínte.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>DEAMBULACIÓN</p> <p>Check numérico múltiple.</p> <p>Excluínte.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>SUBIR E BAIXAR ESCALEIRAS</p> <p>Check numérico múltiple.</p> <p>Excluínte.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>TOTAL</p> <p>Numérico (0).</p> <p>Fórmula = SUMA (Puntuación).</p> <p>Obrigatorio.</p>
---	---

Paciente: _____ Data Nac.: _____ Sexo: _____
NHC: _____ CIP: _____ Réxime: _____ NSS: _____
Enderezo: _____ Teléfono: _____

ESCALA DE COMA DE GLASGOW (GCS)

SERVIZO: NEUROLOXÍA

	Valoración	
APERTURA DE OLLGOS		
Esontánea	4	<input type="checkbox"/>
Á orde	3	<input type="checkbox"/>
Á dor	2	<input type="checkbox"/>
Ausencia de resposta	1	<input type="checkbox"/>
RESPOSTA VERBAL		
Orientado	5	<input type="checkbox"/>
Confuso	4	<input type="checkbox"/>
Palabras	3	<input type="checkbox"/>
Sons	2	<input type="checkbox"/>
Ausencia de resposta	1	<input type="checkbox"/>
RESPOSTA MOTORA		
Á orde	6	<input type="checkbox"/>
Orientada á dor	5	<input type="checkbox"/>
Reflexada á dor	4	<input type="checkbox"/>
Flexión anormal	3	<input type="checkbox"/>
Extensión anormal	2	<input type="checkbox"/>
Ausencia de resposta	1	<input type="checkbox"/>
TOTAL		<input type="checkbox"/>

Localidade, <dia> de <mes> de <ano>
Asido: Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

ÁMBITOS DE USO

Servizos de Medicina Interna dos hospitais.

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

Hospitalización.

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Medicina Interna dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO

APERTURA DE OLLOS

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

RESPOSTA VERBAL

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

RESPOSTA MOTORA

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

TOTAL

Numérico (0).

Fórmula = SUMA (Valoración).

Obrigatorio.

Paciente: _____ Data Nac.: _____ Sexo: _____
NHC: _____ CIP: _____ Réxime: _____ NSS: _____
Enderezo: _____ Teléfono: _____

ESCALA DE CHILD-PUGH

SERVIZO: MEDICINA INTERNA

	Puntuación
Bilirrubina (mg/dl)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Albumina (g/l)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Ascite	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Encefalopatía (grau)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Tempo de protrombina (%)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

RESULTADO: -

PROGNÓSTICO:

Localidade, <dia> de <mes> de <ano>
Asído: Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

ÁMBITOS DE USO


Servizos de Medicina Interna dos hospitais.

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

Hospitalización.
Consultas externas.

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO

 Escritura: **Facultativos dos servizos de Medicina Interna dos hospitais.**

 Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO

Bilirrubina

Combo.

Valores: < 2 / 2 - 3 / > 3.

Obrigatorio.

Se "Bilirrubina" < 2

Puntuación = 1.

Se "Bilirrubina" = 2 - 3

Puntuación = 2.

Se "Bilirrubina" > 3

Puntuación = 3.

Albumina

Combo.

Valores: > 35 / 30 - 35 / < 30.

Obrigatorio.

Se "Albumina" = < 35

Puntuación = 1.

Se "Albumina" = 30 - 35

Puntuación = 2.

Se "Albumina" = < 30

Puntuación = 3.

Ascite

Combo.

Valores: Non / Doada de controlar / Difícil de controlar.

Obrigatorio.

Se "Ascite" = Non

Puntuación = 1.

Se "Ascite" = Doada de controlar

Puntuación = 2.

Se "Ascite" = Difícil de controlar

Puntuación = 3.

Encefalopatía

Combo.

Valores: 0 / I - II / III - IV.

Obrigatorio.

Se "Encefalopatía" = 0

Puntuación = 1.

Se "Encefalopatía" = I - II

Puntuación = 2.

Se "Encefalopatía" = III - IV

Puntuación = 3.

Tempo de protrombina

Combo.

Valores: > 50 % / 30 - 50 % / < 30 %.

Obrigatorio.

Se "Tempo de protrombina" > 50 %

Puntuación = 1.

Se "Tempo de protrombina" 30 - 50 %

Puntuación = 2.

Se "Tempo de protrombina" < 30 %

Puntuación = 3.

RESULTADO

Texto - Numérico (0)

Texto

Obrigatorio.

Se "Puntuación" = 5 - 6

RESULTADO = A.

Se "Puntuación" = 7 - 9

RESULTADO = B.

Se "Puntuación" = 10 - 15

RESULTADO = C.

PROGNÓSTICO

Texto.

Obrigatorio.

Se "SUMA (Puntuación)" = 5 - 6



PROGNÓSTICO = Bo prognóstico

Se "SUMA (Puntuación)" = 7 - 9

PROGNÓSTICO = Prognóstico intermedio

Se "SUMA (Puntuación)" = 10 - 15

PROGNÓSTICO = Mal prognóstico

Paciente: _____ Data Nac.: _____ Sexo: _____

NHC: _____ CIP: _____ Réxime: _____ NSS: _____

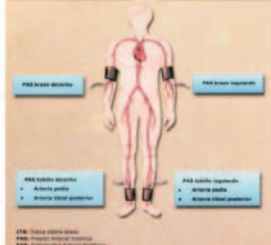
Enderezo: _____ Teléfono: _____

ÍNDICE NOCELLO-BRAZO

SERVIZO: MEDICINA INTERNA

	DEREITO	ESQUERDO
TA sistólica brazo (mm Hg)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TA sistólica podra (mm Hg)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TA sistólica tibial posterior (mm Hg)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
RESULTADO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INTERPRETACIÓN	<input type="text"/>	

PM máis alto en ambos brazos PM máis baixo en ambos brazos PM máis alto en un brazo superior PM máis baixo en ambos brazos	INTERPRETACIÓN (PM) Anormal: > 1,5 No correspondente Anormal: 0,9 - 1,4 Anormal: 0,9 - 0,95 (PM superior inferior) 0,5-0,95 (PM inferior)



PM superior inferior + Anormal superior + Anormal (PM superior)	PM inferior superior + Anormal inferior + Anormal (PM inferior)
--	--

PM: Índice de presión arterial
 PM: Índice de presión arterial superior
 PM: Índice de presión arterial inferior

Localidade, < día > de < mes > de < ano >

Asido. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

ÁMBITOS DE USO

Servizos de Medicina Interna dos hospitais.

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.
Consultas externas.**

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Medicina Interna dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO

DEREITO

TA sistólica brazo

Numérico (0).
Obrigatorio.

TA sistólica pedia

Numérico (0).
Obrigatorio.

TA sistólica tibial posterior

Numérico (0).
Obrigatorio.

ESQUERDO

TA sistólica brazo

Numérico (0).
Obrigatorio.

TA sistólica pedia

Numérico (0).
Obrigatorio.

TA sistólica tibial posterior

Numérico (0).
Obrigatorio.

RESULTADO

Numérico (2).
Obrigatorio.

INTERPRETACIÓN

Patolóxico: >1,3

Non comprensible



Normal: 0,91 - 1,3

Patolóxico: 0,41 - 0,90

EAP leve / moderada

Patolóxico: ≤ 0,40

EAP grave

Paciente: NHC: CIP: Rólume: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

ÍNDICE DE ACTIVIDADE DA ENFERMIDADE DE CROHN

SERVIZO: MEDICINA INTERNA

	Factor	Puntuación
1.- Número de fezes líquidas ou moi brandas	<input type="text"/>	x 2 = <input type="text"/>
2.- Dor abdominal	<input type="text"/>	x 6 = <input type="text"/>
3.- Estado xeral	<input type="text"/>	x 7 = <input type="text"/>
4.- Número destas 6 manifestacións clínicas: Anorexia ou anorexia Ictus ou uveíte Eritema nodoso, piodermia gangrenosa, aftas Fístula anal, fístula ou absceso perirectal Outras fistulas Febre > 38,5 °C a semana anterior	<input type="text"/>	x 20 = <input type="text"/>
5.- Toma de antibióticos	<input type="text"/>	x 30 = <input type="text"/>
6.- Masa abdominal	<input type="text"/>	x 10 = <input type="text"/>
7.- Hematocrito (normal en homes = 47, normal en mulleres = 42)	<input type="text"/>	x 6 = <input type="text"/>
Hematocrito normal (%) <input type="text"/>		
Hematocrito actual (%) <input type="text"/>		
8.- Percentaxe por debaixo do peso estándar	<input type="text"/>	x 1 = <input type="text"/>
Peso corporal (kg) <input type="text"/>		
Peso estándar (kg) <input type="text"/>		
RESULTADO	<input type="text"/>	
INTERPRETACIÓN	<input type="text"/>	
Nos puntos 1, 2 e 3 cómpre sumar o acontecido nos 7 días previos		
Localidade, <dia> de <mes> de <ano>		
Asno. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo		

ÁMBITOS DE USO

Servizos de Medicina Interna dos hospitais.

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

Hospitalización.
Consultas externas.

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO

Escritura: **Facultativos dos servizos de Medicina Interna dos hospitais.**

Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO

1.- Número de heces líquidas ou moi brandas

Numérico (0).
Obrigatorio.

Puntuación

Numérico (0).
Fórmula = Número x Factor
Obrigatorio.

2.- Dor abdominal

Combo.
Valores: 0-Non / 1-Leve / 2-Moderado / 3-Grave.

Puntuación

Numérico (0).
Fórmula = Número do valor x Factor
Obrigatorio.

3.- Estado xeral

Combo.
Valores: 0-Bo / 1-Aceptable / 2-Malo / 3- Moi malo / 4-Terrible.

Puntuación

Numérico (0).
Fórmula = Número do valor x Factor
Obrigatorio.

4.- Número destas seis manifestacións clínicas:

Manifestacións clínicas

Check múltiple.
Non excluínte.
Obrigatorio.

Puntuación

Numérico (0).
Fórmula = SUMA (Número de manifestacións clínicas) x Factor.
Obrigatorio.

5.- Toma de antidiarreicos

Combo.
Valores: 0-Non / 1-Si.

Puntuación

Numérico (0).
Fórmula = Número do valor x Factor
Obrigatorio.

6.- Masa abdominal

Combo.
Valores: 0-Non / 1-Dubidosa / 2- Si.

Puntuación

Numérico (0).
Fórmula = Número do valor x Factor
Obrigatorio.

7.- Hematócrito

Hematócrito normal

Numérico (0).
Obrigatorio.

Hematócrito actual

Numérico (0).
Obrigatorio.

Puntuación

Numérico (0).
Fórmula = (Hematócrito normal - Hematócrito actual) x Factor.
Obrigatorio.

8.- Porcentaxe por debaixo do peso estándar

Peso corporal

Numérico (1).
Obrigatorio.

Peso estándar

Numérico (1).
Obrigatorio.

Puntuación

Numérico (1).
Fórmula = ((Peso estándar - Peso corporal) x 100 / Peso estándar) x Factor.
Obrigatorio.

RESULTADO

Numérico (1).
Fórmula = SUMA (Puntuación).
Obrigatorio.

INTERPRETACIÓN

Texto.
Obrigatorio

Se "SUMA (Puntuación)" < 150

INTERPRETACIÓN = Non activo.

Se "SUMA (Puntuación)" 150 - 200



INTERPRETACIÓN = Aparición leve.

Se "SUMA (Puntuación)" 251 - 350

INTERPRETACIÓN = Aparición moderada.

Se "SUMA (Puntuación)" > 350

INTERPRETACIÓN = Aparición grave.
Nos apartados 1, 2 e 3 súmase o acontecido nos sete días previos



Paciente: _____
NHC: _____ CIP: _____ Róxime: _____ Data Nac.: _____ Sexo: _____
Enderezo: _____ Teléfono: _____ NSS: _____

SISTEMA DE PUNTUACIÓN MAYO PARA A VALORACIÓN DA COLITE ULCEROSA

SERVIZO: MEDICINA INTERNA

[Puntuación](#)

Frecuencia de deposicións

Cada paciente serve como o seu propio control para establecer o grao de alteración da frecuencia de deposicións.

Rectenaxia

A puntuación corresponde ao sangrado máis importante do día.



Achados endoscópicos

Valoración global médica

Inclúen os outros tres criterios, outros datos clínicos como exámen abdominal, achados de exploración física e o performance vitalis.

RESULTADO

Localidade, <día> de <mês> de <ano>
Asno. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

<p>ÁMBITOS DE USO</p> <p>Servizos de Medicina Interna dos hospitais.</p> <p>NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO</p> <p>Hospitalización. Consultas externas.</p>	<p>PERFÍS PROFESIONAIS DE USO</p> <p> Escritura: Facultativos dos servizos de Medicina Interna dos hospitais.</p> <p> Consulta: Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.</p>
---	---

<p>NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO</p> <p>Frecuencia de deposicións</p> <p>Combo.</p> <p>Valores: Número normal para o paciente / 1 a 2 deposicións máis que o normal / 3 a 4 deposicións máis que o normal / 5 ou máis deposicións máis que o normal.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>Se “Frecuencia de deposicións” = Número normal para o paciente</p> <p>Puntuación = 0.</p> <p>Se “Frecuencia de deposicións” = 1 a 2 deposicións máis que o normal</p> <p>Puntuación = 1.</p> <p>Se “Frecuencia de deposicións” = 3 a 4 deposicións máis que o normal</p> <p>Puntuación = 2.</p> <p>Se “Frecuencia de deposicións” = 5 ou máis deposicións máis que o normal</p> <p>Puntuación = 3.</p> <p>Rectorragia</p> <p>Combo.</p> <p>Valores: Ausente / Fíos de sangue coas feces menos da metade das veces / Sangue evidente coas feces a meirande parte das veces / Sangue só.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>Se “Rectorragia” = Ausente</p> <p>Puntuación = 0.</p> <p>Se “Rectorragia” = Fíos de sangue coas feces menos da metade das veces</p> <p>Puntuación = 1.</p>	<p>Se “Rectorragia” = Sangue evidente coas feces a meirande parte das veces</p> <p>Puntuación = 2.</p> <p>Se “Rectorragia” = Sangue só</p> <p>Puntuación = 3.</p> <p>Achados endoscópicos</p> <p>Combo.</p> <p>Valores: Normal ou enfermidade inactiva / Afectación leve: eritema, patrón vascular diminuído, friabilidade leve / Afectación moderada: eritema marcado, perda de patrón vascular, friabilidade, erosións / Afectación grave: sangrado espontáneo, ulceración.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>Se “Achados endoscópicos” = Normal ou enfermidade inactiva</p> <p>Puntuación = 0.</p> <p>Se “Achados endoscópicos” = Afectación leve</p> <p>Puntuación = 1.</p> <p>Se “Achados endoscópicos” = Afectación moderada</p> <p>Puntuación = 2.</p> <p>Se “Achados endoscópicos” = Afectación grave</p> <p>Puntuación = 3.</p>	<p>Valoración global médico</p> <p>Combo.</p> <p>Valores: Normal / Enfermidade leve / Enfermidade moderada / Enfermidade grave.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>Se “Valoración global médico” = Normal</p> <p>Puntuación = 0.</p> <p>Se “Valoración global médico” = Enfermidade leve</p> <p>Puntuación = 1.</p> <p>Se “Valoración global médico” = Enfermidade moderada</p> <p>Puntuación = 2.</p> <p>Se “Valoración global médico” = Enfermidade grave</p> <p>Puntuación = 3.</p> <p>RESULTADO</p> <p>Numérico (0).</p> <p>Fórmula = SUMA (Puntuación).</p> <p>Obrigatorio.</p>
--	--	--

Data:

5/6/2006

Grupo clínico de asesores asistente:

José García Pardo
C.H. Universitario Juan Canalejo.

José Manuel Gutiérrez Cortés
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Dolores Vila Fernández
C.H. Universitario de Vigo.

Carlos Vara Pérez
C.H. Universitario de Vigo.

Grupo de documentalistas asistente:

Miguel Costas Sueiras
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Jesús Conde Freire
C.H. Xeral-Calde.

Documentos elaborados:**Anamnese e exploración física.**

Alergoloxía
Anestesioloxía e Reanimación
Anxioloxía e Cirurxía Vascular
Aparello Dixestivo
Cardioloxía
Cirurxía Cardíaca
Cirurxía Maxilofacial
Cirurxía Pediátrica
Cirurxía Plástica
Cirurxía Torácica
Cirurxía Xeral e Dixestiva
Dermatoloxía
Endocrinoloxía
Hematoloxía Clínica
Hospitalización a Domicilio
Medicina Interna
Medicina Intensiva
Medicina Preventiva
Nefroloxía
Neurocirurxía
Neurofisioloxía Clínica
Neuroloxía
Obstetricia
Oftalmoloxía
Oncoloxía Médica
Otorrinolaringoloxía
Pediatria
Pneumoloxía
Psiquiatría
Radiodiagnóstico
Rehabilitación
Reumatoloxía
Traumatoloxía
Uroloxía
Xeriatría
Xinecoloxía

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

ANAMNESE E EXPLORACIÓN FÍSICA

SERVIZO: MEDICINA INTENSIVA

MOTIVO DE ASISTENCIA

ANTECEDENTES PERSOAIS

HTA Hepatite viral Enfermidade cardiovascular
 Diabete VIH+ Drogas de abuso
 Dislipemia *Non asegurada/segurada*

Alcohol (gráa) Fumador SI NON Ex-fumador

[Enfermidades] [Intervencións] [Transfusións] [Hábitos tóxicos] [Situación social e funcional]
 [Medicación actual] [Profesión] [Outros]

ALERXIAS

ANTECEDENTES FAMILIARES

ENFERMIDADE ACTUAL

ANAMNESE POR APARELLOS

[Estado xera] [Nutrición] [Boca, oídos e garganta] [Pel e mucosas] [Dartellos] [Circulatorio] [Respiratorio]
 [Dixestivo] [Encefálico] [Uroxenital] [Nervioso e psicomotor] [Ósos e articulacións]

1/4

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

ESCALAS

Escala de coma de Glasgow

NIBSS SOFA APACHE II SAPS II
National Institutes of Health Stroke Scale *Suffered/Death Outcome Assessment Score* *Acute Physiology And Chronic Health Evaluation* *Simplified Acute Physiology Score*

VALORACIÓN DA HEMORRAXIA SUBARACNOIDEA

ESCALA DE HUNT E HESS

Enfermidade sistémica importante

Engádesse un grao cando hai unha enfermidade sistémica importante (diabete, hipertensión arterial, aterosclerose avanzada, EPOC), ou cando se diagnostica vasoespasmo por angiografía.

CLASIFICACIÓN DA WFNS (World Federation of Neurologic Surgeons)

Grao 0: Aneurisma non roto, sen hemorraxia subaracnoidea

Pontuación Glasgow Débil/total
Nisia s/ou hemiparesia ou hemiplexia

ESCALA DE FISHER

VALORACIÓN DAS LESIÓNS MEDULARES

CLASIFICACIÓN NEUROLÓXICA ESTANDARIZADA DAS LESIÓNS MEDULARES (ASIA)

Asta central Brown-Sequard Asta anterior Cono medular Cola de cabalo

3/4

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA máx/mín (mm Hg) / FC (batidas/min) FR (respir/min)
Tensión arterial *Frecuencia cardíaca* *Frecuencia respiratoria*

Tª (°C) - Peso (kg) Talle (cm) IMC
Temperatura *Localización* *Índice de masa corporal (kg/m²)*

[Estado xera] [Pel e mucosas] [Cabeza e pescozo] [Tórax] [Abdome] [Xenital] [Extremidades]
 [Exploración neurolóxica]

XUZO CLÍNICO

PLAN DIAGNÓSTICO

PLAN TERAPÉUTICO

2/4

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

ESCALA DE CHILD-PUGH

RESULTADO -

PROGNÓSTICO

CLASIFICACIÓN DA INSUFICIENCIA CARDÍACA (NYHA)

VALORACIÓN DO RISCO ANESTÉSICO

ASA

VALORACIÓN DO RISCO CIRÚRXICO

PARSONNET 1985

RISCO ESTIMADO TOTAL %

Localidade, <dia> de <mes> de <ano>
 Asdo. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

4/4

ÁMBITOS DE USO


Servizos de Medicina Intensiva dos hospitais.

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.
Consultas externas.**

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO

 Escritura: **Facultativos dos servizos de Medicina Intensiva dos hospitais.**

 Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO

MOTIVO DE ASISTENCIA

Texto.
Obrigatorio.

ANTECEDENTES PERSOAIS

HTA

Check único.
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Diabete

Check único.
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Dislipemias

Check único.
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Hepatite viral

Check único.
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

VIH +

Check único.
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Enfermidade cardiovascular

Check único.
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Drogas de abuso

Check único
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Alcohol

Númérico (1).
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Fumador

Check múltiple.
Excluínte.
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Ex-fumador

Check único.
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Cadro de texto

Texto.
Obrigatorio se non cobre ningunha outra epígrafe deste apartado.

ALERXIAS

Texto.
Obrigatorio.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Texto.
Obrigatorio se non cobre ningunha outra epígrafe deste apartado.

ENFERMIDADE ACTUAL

Texto.
Obrigatorio.

ANAMNESE POR APARELLOS

Texto.
Non obrigatorio.

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA

Númérico (0).
Non obrigatorio.

FC

Númérico (0).
Non obrigatorio.

FR

Númérico (0)..
Non obrigatorio.

Tª

Númérico (1)
Non obrigatorio.

Localización

Combo.
Valores: Axilar / Rectal / Bucal / Transtimpánica.
Non obrigatorio.

Peso

Númérico (1).
Non obrigatorio.
Obrigatorio para o cálculo do IMC.

Talle

Númérico (0).
Non obrigatorio.
Obrigatorio para o cálculo do IMC.

IMC

Numérico (2).

Fórmula = Peso / Talla²

Non obrigatorio.

Talle

Numérico (0).

Non obrigatorio.

Cadro de texto

Texto.

Non obrigatorio.

XUÍZO CLÍNICO

Texto.

Obrigatorio.

PLAN DIAGNÓSTICO

Texto.

Non obrigatorio.

PLAN TERAPÉUTICO

Combo.

Valores: Coronariografía / ACTP con stent / Cardioversión eléctrica (CVE) / Ecocardiografía transtorácica ou esofáxica (ETT ou ETE) / Marcapasos externo (transcutáneo ou endocavitario) / Contrapulsación aórtica (IABP) / Colocación de catéter de Swanz-Ganz / Fibrinolise IAM / Pericardiocentese / Técnicas de resucitación cardiopulmonar (RCP) / Intubación traqueal (OT) / Traqueostomía percutánea / VMNI (VM con reservorio-BIPAP) / VM / Drenaxe pleural / Broncoscopia / Toracocentese / Sondaxes gástrico ou duodenal / Endoscopia dixestiva / Esclerose dixestiva / Colonoscopia / TAC / Arteriografía / Ecografía abdominal / Radioloxía intervencionista / Alimentación enteral / Alimentación parenteral / Sondaxe vesical (nefrostomía) / Punción suprapúbica / Paracentese / Vía venosa central / Monitorización arterial / Transfusión de hemoderivados / Técnicas dialíticas (hemofiltración-hemodiálise-plasmáfereze) / Perfusión de aminos / Sedación / Fibrinolise en patoloxía neurovascular / Presión intracranial (PIC) / BIS / Catéter saturación bulbo da xugular / PTIO2 / Colocación de catéter interventricular / Punción lumbar (PL) / Estudo electrofisiolóxico (EEF) / Electroencefalograma (EEG) /

Electromiograma (EEM) / Doppler cerebral / Potenciais evocados / Doazón / Autopsia.

Non obrigatorio.

Cadro de texto

Texto.

Obrigatorio se non cobre ningunha outra epígrafe deste apartado.

ESCALAS

Escala de coma de Glasgow

Numérico (0).

Non obrigatorio.

NIHSS

Numérico (0).

Non obrigatorio.

SOFA

Numérico (0).

Non obrigatorio.

APACHE II

Numérico (0).

Non obrigatorio.

SAPS II

Numérico (0).

Non obrigatorio.

VALORACIÓN DA HEMORRAXIA SUBARACNOIDEA

ESCALA DE HUNT E HESS

Enfermidade sistémica importante

Check único

Non obrigatorio.

Se selecciona “Enfermidade sistémica importante”, aos valores do combo súmaselle 1, de tal xeito que pasan a ser 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6, mantendo as descrições.

GRAOS DE HUNT E HESS

Combo.

Valores: 0 / 1 / 2 / 3 / 4 / 5.

Non obrigatorio.

Se “Grao” = 0

Cadro de texto = Aneurisma non roto, sen hemorraxia subaracnoidea.

Se “Grao” = 1

Cadro de texto = Asintomático ou cefalea e rixidez de caluga leves.

Se “Grao” = 2

Cadro de texto = Cefalea e rixidez de caluga moderados ou graves, parálise de pares craniais.

Se “Grao” = 3

Cadro de texto = Déficit focal leve, confusión, somnolencia.

Se “Grao” = 4

Cadro de texto = Estupor, hemiparesia moderada ou grave, inicia rixidez de descerebración.

Se “Grao” = 5

Cadro de texto = Coma profundo, rixidez de descerebración, aparencia moribunda.

CLASIFICACIÓN DA WFNS

Combo.

Valores: 1 / 2 / 3 / 4 / 5.

Non obrigatorio.

Se “Grao” = 1

Puntuación Gasglow = 15

Déficit focal = Ausente.

Se “Grao” = 2

Puntuación Gasglow = 13 - 14

Déficit focal = Ausente.

Se “Grao” = 3

Puntuación Gasglow = 13 - 14

Déficit focal = Presente.

Se “Grao” = 4

Puntuación Gasglow = 7 - 12

Déficit focal = Presente o ausente.

Se “Grao” = 5

Puntuación Gasglow = 3 - 12

Déficit focal = Presente o ausente.

ESCALA DE FISHER

Combo.

Valores: Grao I / Grao II / Grao III / Grao IV.

Non obrigatorio.

Se “Grao” = I

Cadro de texto = Non sangue cisternal.

Se “Grao” = II

Cadro de texto = Sangue difusa fina, < 1 mm nas cisternas verticais.

Se “Grao” = III

Cadro de texto = Coágulo grosu cisternal, > 1 mm nas cisternas verticais.

Se “Grao” = IV

Cadro de texto = Hematoma intraparenquimatoso, hemorraxia intraventricular, máis ou menos sangrado difuso.

VALORACIÓN DAS LESIÓNS MEDULARES

CLASIFICACIÓN ESTANDARIZADA DAS LESIÓNS MEDULARES NEUROLÓXICA DAS LESIÓNS

Combo.

Valores: A / B / C / D / E.

Non obrigatorio.

Se “Valor” = A

Cadro de texto = Completo. Nin a función motora nin a sensorial están preservadas nos segmentos sacros S4 - S5.

Se “Valor” = B

Cadro de texto = Incompleto. A función sensorial pero non a función motora está preservada por debaixo deste nivel neurolóxico.

Se “Valor” = C

Cadro de texto = Incompleto. A función motora está preservada neste nivel neurolóxico e máis da metade dos músculos chave neste nivel neurolóxico teñen un grao muscular menor de 3.

Se “Valor” = D

Cadro de texto = Incompleto. A función motora está preservada neste nivel neurolóxico e, polo menos, a metade dos músculos chave neste nivel neurolóxico teñen un grao muscular de 3 ou máis.

Se “Valor” = E

Cadro de texto = Normal. As funcións motora e sensorial son normais.

Hasta central

Check único

Non obrigatorio.

Brown-Sequard

Check único

Non obrigatorio.

Hasta anterior

Check único

Non obrigatorio.

Cono medular

Check único

Non obrigatorio.

Cola de cabalo

Check único

Non obrigatorio.

ESCALA DE CHILD-PUGH

RESULTADO

Texto - Numérico (0).

Non obrigatorio.

PROGNÓSTICO

Texto.

Non obrigatorio.

CLASIFICACIÓN DA INSUFICIENCIA CARDÍACA (NYHA)

Combo.

Valores: Clase funcional I / Clase funcional II / Clase funcional III / Clase funcional IV.

Non obrigatorio.

Se “Clase funcional” = I

Cadro de texto = Actividade ordinaria sen síntomas. Non hai limitación da actividade física.

Se “Clase funcional” = II

Cadro de texto = O paciente tolera a actividade ordinaria, pero existe unha lixeira limitación da actividade física, aparecendo dispnea con esforzos intensos.

Se “Clase funcional” = III

Cadro de texto = A actividade física que o paciente pode realizar é inferior á ordinaria, está notablemente limitado pola dispnea.

Se “Clase funcional” = IV

Cadro de texto = O paciente ten dispnea ao menor esforzo ou en repouso, e é incapaz de realizar calquera actividade física.

VALORACIÓN DO RISCO ANESTÉSICO

ASA

Combo.

Valores: I / II / III / IV / V.

Non obrigatorio.



VALORACIÓN DO RISCO CIRÚRXICO

PARSONNET 1995

RISCO ESTIMADO TOTAL

Numérico (0).

Non obrigatorio.

Paciente:

Data Nac.:

Sexo:

RHC:

CIP:

Nómine:

NSS:

Enderezo:

Teléfono:

ESCALA DE COMA DE GLASGOW (GCS)

SERVIZO: MEDICINA INTENSIVA

APERTURA DE OLLOS	Valoración
Espontánea	4 <input type="checkbox"/>
Á orde	3 <input type="checkbox"/>
Á dor	2 <input type="checkbox"/>
Ausencia de resposta	1 <input type="checkbox"/>
RESPOSTA VERBAL	
Orientado	5 <input type="checkbox"/>
Confuso	4 <input type="checkbox"/>
Palabras	3 <input type="checkbox"/>
Sons	2 <input type="checkbox"/>
Ausencia de resposta	1 <input type="checkbox"/>
RESPOSTA MOTORA	
Á orde	6 <input type="checkbox"/>
Orientada á dor	5 <input type="checkbox"/>
Retrada á dor	4 <input type="checkbox"/>
Flexión anormal	3 <input type="checkbox"/>
Extensión anormal	2 <input type="checkbox"/>
Ausencia de resposta	1 <input type="checkbox"/>
TOTAL	<input type="text"/>

Localidade, < día > de < mes > de < ano >

Aedo: Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

1/1

ÁMBITOS DE USO

Servizos de Medicina Intensiva dos hospitais.

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

Hospitalización.

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Medicina Intensiva dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO

APERTURA DE OLLOS

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

RESPOSTA VERBAL

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

RESPOSTA MOTORA

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

TOTAL

Numérico (0).

Fórmula = SUMA (Valoración).

Obrigatorio.

SERGAS Sistema Integrado de Registo e Información

Paciente: _____ Data Nac.: _____ Sexo: _____
 NHC: _____ CIP: _____ Réxime: _____ NSS: _____
 Enderezo: _____ Teléfono: _____

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH STROKE SCALE (NIHSS)

SERVIZO: MEDICINA INTENSIVA

1a. NIVEL DE CONCIENCIA Puntuación

Alerta 0

Non alerta, pero reacciona ante estímulos mínimos 1

Non alerta, precisa estimulación repetida para reaccionar 2

Coma 3

1b. ORIENTACIÓN (PREGUNTAR MES E IDADE)

Ambas as respostas correctas 0

Unha resposta correcta 1

Ambas as respostas incorrectas 2

1c. LINGUAXE (PEDIR QUE PECHE E ABRA OS OLLOS E A MAN NON PARÉTICA)

Ambos os movementos correctos 0

Un movemento correcto 1

Ambos os movementos incorrectos 2

2. MOVEMENTO OCULAR

Normal 0

Parálise parcial 1

Desviación forzada 2

3. TEST DE CAMPO VISUAL

Sen perda do campo visual 0

Hemianopsia parcial 1

Hemianopsia completa 2

Cegueira completa (incluso cegueira cortical) 3

1/3

SERGAS Sistema Integrado de Registo e Información

Paciente: _____ Data Nac.: _____ Sexo: _____
 NHC: _____ CIP: _____ Réxime: _____ NSS: _____
 Enderezo: _____ Teléfono: _____

10. SENSIBILIDADE

Normal 0

Perda sensibilidade leve ou moderada 1

Perda sensibilidade total 2

11. LINGUAXE

Normal, sen afasia 0

Afasia leve ou moderada (difícil comprensión ou expresión, pero identifícase o que quere dicir) 1

Afasia severa (só comunicación mínima) 2

Afasia global (mutismo) 3

12. DESEARTRIA

Articulación normal 0

Disartria leve ou moderada (enténdese con dificultade) 1

Disartria severa (non se entende ou non pode falar) 2

Paciente intubado (non contabilizar) 9

13. EXTINCIÓN OU NEGLIXENCIA

Non hai alteracións 0

Extinción fronte a un estímulo (sensibilidade, auditiva, visual) 1

Extinción fronte a máis dun estímulo 2

TOTAL 0

Localidade, < día > de < mes > de < ano >
 Asdo. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

3/3

SERGAS Sistema Integrado de Registo e Información

Paciente: _____ Data Nac.: _____ Sexo: _____
 NHC: _____ CIP: _____ Réxime: _____ NSS: _____
 Enderezo: _____ Teléfono: _____

4. PARÁLISE FACIAL

Ausencia parálise facial 0

Parálise menor (asimetría no sorriso) 1

Parálise parcial (parálise total 1/2 inferior da cara) 2

Parálise completa (superior e inferior) 3

5 e 6. MOTOR MEMBRO SUPERIOR DEREITO E MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Non hai caída: mantense en posición durante 10 s 0

Caída progresiva durante 10 s sen caer de todo 1

Caer de todo, pero vese certo esforzo contra gravidade 2

Caer totalmente sen esforzo contra gravidade 3

Non hai movemento 4

Amputación do membro ou non valorable (non contabilizar) 9

7 e 8. MOTOR MEMBRO INFERIOR DEREITO E MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Non caída: mantén a posición durante 5 s 0

Caída progresiva durante 5 s sen caer de todo 1

Caer de todo, pero vese certo esforzo contra a gravidade 2

Caer totalmente sen esforzo contra gravidade 3

Non hai movemento 4

Amputación ou non valorable (non contabilizar) 9

9. ATAXIA DOS MEMBROS



Non ataxia en proba dedo-nariz ou talón-xeonllo 0

Ataxia nun membro 1

Ataxia en ambos membros 2

Amputación ou non valorable (non contabilizar) 9

2/3

<p>ÁMBITOS DE USO</p> <p>Servizos de Medicina Intensiva dos hospitais.</p> <p>NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO</p> <p>Hospitalización.</p>	<p>PERFÍS PROFESIONAIS DE USO</p> <p> Escritura: Facultativos dos servizos de Medicina Intensiva dos hospitais.</p> <p> Consulta: Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.</p>
--	---

<p>NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO</p> <p>1A. NIVEL DE CONSCIENCIA Check numérico múltiple. Excluínte. Obrigatorio.</p> <p>1B. ORIENTACIÓN (PREGUNTAR MES E IDADE) Check numérico múltiple. Excluínte. Obrigatorio.</p> <p>1C. LINGUAXE (PEDIR QUE PECHE E ABRA OS OLLOS E A MAN NON PARÉTICA) Check numérico múltiple. Excluínte. Obrigatorio.</p> <p>2. MOVEMENTO OCULAR Check numérico múltiple. Excluínte. Obrigatorio.</p> <p>3. TEST DE CAMPO VISUAL Check numérico múltiple. Excluínte. Obrigatorio.</p> <p>4. PARÁLISE FACIAL Check numérico múltiple. Excluínte. Obrigatorio.</p>	<p>5 E 6. MOTOR MEMBRO SUPERIOR DEREITO E MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO Check numérico múltiple. Excluínte. Obrigatorio.</p> <p>7 E 8. MOTOR MEMBRO INFERIOR DEREITO E MEMBRO INFERIOR ESQUERDO Check numérico múltiple. Excluínte. Obrigatorio.</p> <p>9. ATAXIA DOS MEMBROS Check numérico múltiple. Excluínte. Obrigatorio.</p> <p>10. SENSIBILIDADE Check numérico múltiple. Excluínte. Obrigatorio.</p> <p>11. LINGUAXE Check numérico múltiple. Excluínte. Obrigatorio.</p> <p>12. DISARTRIA Check numérico múltiple. Excluínte. Obrigatorio.</p>	<p>13. EXTINCIÓN OU NEGLIXENCIA Check numérico múltiple. Excluínte. Obrigatorio.</p> <p>TOTAL Numérico (0). Fórmula = SUMA (Puntuación). Obrigatorio.</p>
--	--	---




Paciente:
CIP:
Dato Neo.:
Sexo:

NHC:
Rxime:
NSS:

Enderezo:
Teléfono:

ESCALA SOFA DE FALLOS ORGÁNICOS

SERVIZO: MEDICINA INTENSIVA

SISTEMA ORGÁNICO

RESPIRATORIO Puntuación

PaO₂/FiO₂

> 400	0	<input type="checkbox"/>
≤ 400	1	<input type="checkbox"/>
≤ 300	2	<input type="checkbox"/>
≤ 200 con soporte	3	<input type="checkbox"/>
≤ 100 con soporte	4	<input type="checkbox"/>

COAGULACIÓN

Plaquetas (x 1.000 mm³)

> 150	0	<input type="checkbox"/>
≤ 150	1	<input type="checkbox"/>
≤ 100	2	<input type="checkbox"/>
≤ 50	3	<input type="checkbox"/>
≤ 20	4	<input type="checkbox"/>

FÍGADO

Bilirrubina (mg/dl) (mmol/l)

< 1,2 < 20	0	<input type="checkbox"/>
1,2 - 1,9 20 - 32	1	<input type="checkbox"/>
2,0 - 5,9 33 - 101	2	<input type="checkbox"/>
6,0 - 11,9 102 - 204	3	<input type="checkbox"/>
> 11,9 > 204	4	<input type="checkbox"/>

1/2




Paciente:
CIP:
Dato Neo.:
Sexo:

NHC:
Rxime:
NSS:

Enderezo:
Teléfono:

CARDIOVASCULAR

Hipotensión

Non	0	<input type="checkbox"/>
MAP < 70	1	<input type="checkbox"/>
Dopa o dobutamina < = 5	2	<input type="checkbox"/>
Dopa > 5; Epinefrina < 0,1; Norepinefrina < 0,1	3	<input type="checkbox"/>
Dopa > 15; Epinefrina > 0,1; Norepinefrina > 0,1	4	<input type="checkbox"/>

SISTEMA NERVIOSO

Escala de coma de Glasgow

15	0	<input type="checkbox"/>
13 - 14	1	<input type="checkbox"/>
10 - 12	2	<input type="checkbox"/>
6 - 9	3	<input type="checkbox"/>
< 6	4	<input type="checkbox"/>

RENAL

Creatinina (mg/dl) (mmol/l) (urea) (N/A)

< 1,2 < 110	0	<input type="checkbox"/>
1,2 - 1,9 110 - 170	1	<input type="checkbox"/>
2,0 - 3,4 171 - 299	2	<input type="checkbox"/>
3,5 - 4,9 300 - 440 < 0,5	3	<input type="checkbox"/>
> 5 > 440 < 0,7	4	<input type="checkbox"/>

TOTAL

Localidade, < día > de < mes > de < ano >
 Asno. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

2/2

ÁMBITOS DE USO

Servizos de Medicina Intensiva dos hospitais.

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

Hospitalización.

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Alergoloxía dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO

RESPIRATORIO

PaO₂ / FiO₂

Check numérico múltiple.
Excluínte.
Obrigatorio.

COAGULACIÓN

Plaquetas

Check numérico múltiple.
Excluínte.
Obrigatorio.

FÍGADO

Bilirrubina

Check numérico múltiple.
Excluínte.
Obrigatorio.

CARDIOVASCULAR

Hipotensión

Check numérico múltiple.
Excluínte.
Obrigatorio.

SISTEMA NERVIOSO

Escala de coma de Glasgow

Check numérico múltiple.
Excluínte.
Obrigatorio.

RENAL

Creatinina

Check numérico múltiple.
Excluínte.
Obrigatorio.

TOTAL

Numérico (0).
Fórmula = SUMA (Puntuación).
Obrigatorio.

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: _____ Data Nac.: _____ Sexo: _____
 NHC: _____ CIP: _____ Róxime: _____ NSS: _____
 Enderezo: _____ Teléfono: _____

SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE SEVERIDADE DE ENFERMIDADE APACHE II

SERVIZO: MEDICINA INTENSIVA

APS (Acute Physiology Score)

Temperatura rectal °C (axial + 0,5°C)

Temperatura rectal °C (axial + 0,5°C)	Puntuación
≥ 41	4
39 - 40,9	3
38,5 - 38,9	1
36 - 38,4	0
34 - 36,9	1
32 - 33,9	2
< 30 - 31,9	3
< 29,9	4

Presión arterial media (mm Hg)

Presión arterial media (mm Hg)	Puntuación
≥ 180	4
130 - 169	3
110 - 129	2
70 - 109	0
50 - 69	2
< 49	4

Frecuencia cardíaca (resposta ventricular)

Frecuencia cardíaca (resposta ventricular)	Puntuación
≥ 180	4
140 - 179	3
110 - 139	2
70 - 109	0
65 - 89	2
40 - 64	3
< 39	4

1/5

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: _____ Data Nac.: _____ Sexo: _____
 NHC: _____ CIP: _____ Róxime: _____ NSS: _____
 Enderezo: _____ Teléfono: _____

Sodio sérico (mEq/l)

Sodio sérico (mEq/l)	Puntuación
≥ 180	4
160 - 179	3
155 - 159	2
150 - 154	1
130 - 149	0
120 - 129	2
111 - 119	3
≤ 110	4

Potasio sérico (mEq/l)

Potasio sérico (mEq/l)	Puntuación
> 7	4
6 - 6,9	3
5,5 - 5,9	1
3,5 - 5,4	0
3 - 3,4	1
2,5 - 2,9	2
< 2,6	4

Creatinina sérica (mg/dl). Dobre puntuación no caso de fallo renal agudo

Fallo renal agudo

Creatinina sérica (mg/dl)	Puntuación
≥ 3,5	4
2 - 3,4	3
1,5 - 1,9	2
0,6 - 1,4	0
< 0,6	2

3/5

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: _____ Data Nac.: _____ Sexo: _____
 NHC: _____ CIP: _____ Róxime: _____ NSS: _____
 Enderezo: _____ Teléfono: _____

Frecuencia respiratoria (non ventilado ou ventilado)

Frecuencia respiratoria (non ventilado ou ventilado)	Puntuación
≥ 50	4
35 - 49	3
25 - 34	1
12 - 24	0
10 - 11	1
6 - 9	2
≤ 5	4

Oxigenación (se FIO₂ ≥ 0,5 anotar PA-aO₂ | se FIO₂ < 0,5 anotar PaO₂)

Oxigenación (se FIO ₂ ≥ 0,5 anotar PA-aO ₂ se FIO ₂ < 0,5 anotar PaO ₂)	Puntuación
≥ 600	4
350 - 499	3
200 - 349	2
< 200 > 70	0
61 - 70	1
55 - 60	3
≤ 55	4

pH arterial (preferido) | HCO₃ sérico (venoso mEq/l)

pH arterial (preferido) HCO ₃ sérico (venoso mEq/l)	Puntuación
≥ 7,7 > 52	4
7,6 - 7,59 41 - 51,9	3
7,5 - 7,59 32 - 40,9	1
7,38 - 7,48 22 - 31,9	0
7,25 - 7,32 18 - 21,9	2
7,15 - 7,24 16 - 17,9	3
< 7,0 < 16	4

2/5

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: _____ Data Nac.: _____ Sexo: _____
 NHC: _____ CIP: _____ Róxime: _____ NSS: _____
 Enderezo: _____ Teléfono: _____

Hematocrito (%)

Hematocrito (%)	Puntuación
≥ 60	4
50 - 59,9	2
45 - 49,9	1
30 - 45,9	0
20 - 29,9	2
< 20	4

Leucocitos (total mm³ en miles)

Leucocitos (total mm ³ en miles)	Puntuación
≥ 40	4
20 - 39,9	2
15 - 19,9	1
3 - 14,9	0
1 - 2,9	2
< 1	4

Escala de coma de Glasgow (15 - Glasgow actual)

Glasgow actual

SUBTOTAL APS

PUNTUACIÓN POR IDADE

Puntuación por idade	Puntuación
≤ 44	0
45 - 64	2
65 - 74	3
85 - 74	6
> 75	6

SUBTOTAL IDADE

4/5

Paciente:		Data Rec.:		Sexo:	
NHC:	CIP:	Ráxime:	NSS:		
Enderezo:		Teléfono:			

PUNTUACIÓN POR ENFERMIDADE CRÓNICA

Se o paciente ten historia de insuficiencia orgánica sistémica ou está inmunocomprometido.

Poscrónicos urentes ou non crónicos 5

Poscrónicos de cirurxía electiva 2

SUBTOTAL ENFERMIDADE CRÓNICA

Definición: debe existir evidencia de insuficiencia orgánica ou inmunocompromiso, previa ao ingreso hospitalario e segundo os seguintes criterios:

Fígado: cirrose (con biopsia), hipertensión portal comprobada, antecedentes de hemorraxia gastrointestinal alta debida a HTA portal ou episodios previos de fallo hepático, encefalopatía ou coma.

Cardiovascular: clase IV segundo a New York Heart Association.

Respiratorio: enfermidade restritiva, obstrutiva ou vascular que obriga a restrinxir o exercicio, como p. e. incapacidade para subir escaleras ou realizar tarefas domésticas; ou hipoxia crónica probada, hipercapnia, policitemia secundaria, hipertensión pulmonar severa (> 40 mmHg) ou dependencia respiratoria.

Renal: hemodializados.



Inmunocomprometidos: que o paciente recibise terapia que supere a resistencia á infección (p. e. inmunosupresión, quimioterapia, radiación, tratamento crónico ou altas doses recentes de esteroides ou que padeza unha enfermidade suficientemente avanzada para inmunodeprimir, como p. e. leucemia, linfoma, SIDA).

TOTAL

MORTALIDADE %

Localidade, <dia> de <mes> de <ano>
Asído. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

5/5

<p>NOME DO DOCUMENTO Escala</p> <p>ÁMBITOS DE USO Servizos de Medicina Intensiva dos hospitais.</p> <p>NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO Hospitalización.</p>	<p>PERFÍS PROFESIONAIS DE USO</p> <p> Escritura: Facultativos dos servizos de Medicina Intensiva dos hospitais.</p> <p> Consulta: Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.</p>
---	---

<p>NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO</p> <p>APS (ACUTE PHYSIOLOGY SCORE)</p> <p>Temperatura rectal Check numérico múltiple. Excluínte. Obrigatorio.</p> <p>Presión arterial media Check numérico múltiple. Excluínte. Obrigatorio.</p> <p>Frecuencia cardíaca Check numérico múltiple. Excluínte. Obrigatorio.</p> <p>Frecuencia respiratoria Check numérico múltiple. Excluínte. Obrigatorio.</p> <p>Oxigenación Check numérico múltiple. Excluínte. Obrigatorio.</p> <p>pH arterial I HCO3 sérico Check numérico múltiple. Excluínte. Obrigatorio.</p> <p>Sodio sérico Check numérico múltiple. Excluínte. Obrigatorio.</p>	<p>Potasio sérico Check numérico múltiple. Excluínte. Obrigatorio.</p> <p>Fallo renal agudo Check único. Non obrigatorio.</p> <p>Creatinina sérica Check numérico múltiple. Multiplicar por 2 a puntuación se está marcado "Fallo renal agudo". Excluínte. Obrigatorio.</p> <p>Hematócrito Check numérico múltiple. Excluínte. Obrigatorio.</p> <p>Leucocitos Check numérico múltiple. Excluínte. Obrigatorio.</p> <p>Leucocitos Check numérico múltiple. Excluínte. Obrigatorio.</p> <p>Leucocitos Check numérico múltiple. Excluínte. Obrigatorio.</p> <p>Leucocitos Check numérico múltiple. Excluínte. Obrigatorio.</p>	<p>Leucocitos Check numérico múltiple. Excluínte. Obrigatorio.</p> <p>Glasgow actual Numérico (0). Obrigatorio.</p> <p>Escala de coma de Gasgow Numérico (0). Fórmula = 15- Glasgow actual Obrigatorio.</p> <p>SUBTOTAL APS Numérico (0). Fórmula = SUMA (Puntuación APS). Obrigatorio.</p> <p>PUNTUACIÓN POR IDADE Check numérico múltiple. Excluínte. Obrigatorio.</p> <p>SUBTOTAL IDADE Numérico (0). Fórmula = SUMA (Puntuación PUNTUACIÓN POR IDADE). Obrigatorio.</p> <p>PUNTUACIÓN POR ENFERMIDADE CRÓNICA Check numérico múltiple. Excluínte. Obrigatorio.</p>
---	---	---

SUBTOTAL ENFERMIDADE CRÓNICA

Numérico (0).

Fórmula = SUMA (Puntuación ENFERMIDADE CRÓNICA).

Obrigatorio.

TOTAL

Numérico (0).

Fórmula = SUMA (Puntuación APS) + SUMA (Puntuación PUNTUACIÓN POR IDADE) + SUMA (Puntuación ENFERMIDADE CRÓNICA).

Obrigatorio.

MORTALIDADE

Numérico (0).

Obrigatorio.

Se "TOTAL" = 0 - 4

MORTALIDADE = 4

Se "TOTAL" = 5 - 9

MORTALIDADE = 8

Se "TOTAL" = 10 - 14

MORTALIDADE = 15

Se "TOTAL" = 15 - 19

MORTALIDADE = 25

Se "TOTAL" = 20 - 24

MORTALIDADE = 40

Se "TOTAL" = 25 - 29

MORTALIDADE = 55

Se "TOTAL" = 30 - 34

MORTALIDADE = 75

Se "TOTAL" > 34

MORTALIDADE = 85

SERGAS Hospital de Galicia

Paciente: NHC: CIP: Róxime: Data Nac.: NSS: Sexo: Endereço: Teléfono:

CLASIFICACIÓN NEUROLÓXICA ESTANDARIZADA DAS LESIÓNS MEDULARES

SERVIZO: MEDICINA INTENSIVA

MOTORA - MÚSCULOS CLAVE

	D	E	
C2			
C3			
C4			
C5			Flexores do codo
C6			Extensores do pulso
C7			Extensores do codo
C8			Flexores dos dedos (falange distal dedo medio)
T1			Abdutores dos dedos (meiño)
T2			
T3			
T4			
T6			
T8			
T9			
T10			
T11			
T12			
L1			
L2			Flexores da cadeira
L3			Extensores do xeonlo
L4			Dorsiflexores do nocello
L6			Extensores longos dos dedos
S1			Flexores plantares do nocello
S2			
S3			
S4-6			

0 = paralisia total
 1 = contracción palpable ou visible.
 2 = movement activo, con gravidade eliminada.
 3 = movement activo, contra a gravidade.
 4 = movement activo, contra algunha resistencia.
 5 = movement activo, contra máxima resistencia.
 N = non explorable.

Contracción anal voluntaria (Si/Non)

TOTALS: + = PUNTUACIÓN MOTORA

Máximo: (100) (50) (100)

1/3

SERGAS Hospital de Galicia

Paciente: NHC: CIP: Róxime: Data Nac.: NSS: Sexo: Endereço: Teléfono:

NIVEL NEUROLÓXICO

O segmento máis caudal con función normal

SENSITIVO: D E

MOTOR: D E

¿COMPLETA OU INCOMPLETA? ESCALA DE DISFUNCIÓN ASIA

Incompleta = presenza dalgunha sensibilidade ou función motora en S4-S5

ZONA DE PRESERVAÇÃO PARCIAL

Extensión caudal dos segmentos parcialmente preservados

SENSITIVO: D E

MOTOR: D E

Localidade, < día > de < mes > de < ano >

Asdo, Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

3/3

SERGAS Hospital de Galicia

Paciente: NHC: CIP: Róxime: Data Nac.: NSS: Sexo: Endereço: Teléfono:

SENSITIVA - PUNTOS SENSITIVOS CLAVE

	TÁCTIL SUPERFICIAL		DOLOROSA SUPERFICIAL		
	D	E	D	E	
C2					
C3					
C4					
C6					
C7					
C8					
T1					
T2					
T3					
T4					
T6					
T7					
T8					
T9					
T10					
T11					
T12					
L1					
L2					
L3					
L4					
L6					
S1					
S2					
S3					
S4-6					

0 = ausente.
 1 = alterada.
 2 = normal.
 N = non explorable.



Algunha sensibilidade anal (Si/Non)

TOTALS: + = PUNT. DOL. SUPERF. máx. 100

+ = PUNT. TÁC. SUPERF. máx. 100

Máximo: (50) (50)

2/3

<p>ÁMBITOS DE USO</p> <p>Servizos de Medicina Intensiva dos hospitais.</p> <p>NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO</p> <p>Hospitalización.</p>	<p>PERFÍS PROFESIONAIS DE USO</p> <p> Escritura: Facultativos dos servizos de Medicina Intensiva dos hospitais.</p> <p> Consulta: Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.</p>
--	---

<p>NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO</p> <p>MOTORA - MÚSCULOS CLAVE -</p> <p>C5</p> <p>Combo.</p> <p>Valores: 0 / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / N.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>C6</p> <p>Combo.</p> <p>Valores: 0 / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / N.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>C7</p> <p>Combo.</p> <p>Valores: 0 / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / N.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>C8</p> <p>Combo.</p> <p>Valores: 0 / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / N.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>T1</p> <p>Combo.</p> <p>Valores: 0 / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / N.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>L2</p> <p>Combo.</p> <p>Valores: 0 / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / N.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>L3</p> <p>Combo.</p> <p>Valores: 0 / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / N.</p> <p>Obrigatorio.</p>	<p>L4</p> <p>Combo.</p> <p>Valores: 0 / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / N.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>L5</p> <p>Combo.</p> <p>Valores: 0 / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / N.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>S1</p> <p>Combo.</p> <p>Valores: 0 / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / N.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>TOTAIS</p> <p>Numérico (0).</p> <p>Fórmula = SUMA (Valores).</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>PUNTUACIÓN MOTORA</p> <p>Numérico (0).</p> <p>Fórmula = SUMA (Totais D) + SUMA (Totais E).</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>Contracción anal voluntaria</p> <p>Combo.</p> <p>Valores: Si / Non.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>SENSITIVA - PUNTOS SENSITIVOS CLAVE -</p> <p>C5</p> <p>Combo.</p> <p>Valores: 0 / 1 / 2 / N.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>C6</p>	<p>Combo.</p> <p>Valores: 0 / 1 / 2 / N.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>C7</p> <p>Combo.</p> <p>Valores: 0 / 1 / 2 / N.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>C8</p> <p>Combo.</p> <p>Valores: 0 / 1 / 2 / N.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>T1</p> <p>Combo.</p> <p>Valores: 0 / 1 / 2 / N.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>L2</p> <p>Combo.</p> <p>Valores: 0 / 1 / 2 / N.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>L3</p> <p>Combo.</p> <p>Valores: 0 / 1 / 2 / N.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>L4</p> <p>Combo.</p> <p>Valores: 0 / 1 / 2 / N.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>L5</p> <p>Combo.</p> <p>Valores: 0 / 1 / 2 / N.</p> <p>Obrigatorio.</p>
--	--	--

S1

Combo.

Valores: 0 / 1 / 2 / N.

Obrigatorio.

TOTAIS TÁCTIL SUPERFICIAL

Numérico (0).

Fórmula = SUMA (Valores).

Obrigatorio.

TOTAIS TÁCTIL PROFUNDA

Numérico (0).

Fórmula = SUMA (Valores).

Obrigatorio.

PUNT. TÁC. SUPERF.

Numérico (0).

Fórmula = SUMA (TOTAIS TÁCTIL SUPERFICIAL).

Obrigatorio.

PUNT. DOL. SUPERF.

Numérico (0).

Fórmula = SUMA (TOTAIS DOLOROSA SUPERFICIAL).

Obrigatorio.

Algunha sensibilidade anal

Combo.

Valores: Si / Non.

Obrigatorio.

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: RÑome: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

ESCALA DE CHILD-PUGH

SERVIZO: MEDICINA INTERNA

Puntuación

Bilirubina (mg/dl)	<input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
Albumina (g/l)	<input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
Ascite	<input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
Encefalopatía (grao)	<input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
Tempo de protrombina (%)	<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>

RESULTADO -

PROGNÓSTICO

Localidade, <dia> de <mes> de <ano>
 Asdo. Dr./a Nome e apelidos do facultativo

1/1

ÁMBITOS DE USO

Servizos de Medicina Intensiva dos hospitais.

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

Hospitalización.
Consultas externas.

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Medicina Intensiva dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO

Bilirrubina

Combo.

Valores: < 2 / 2 - 3 / > 3.

Obrigatorio.

Se “Bilirrubina” < 2

Puntuación = 1.

Se “Bilirrubina” = 2 - 3

Puntuación = 2.

Se “Bilirrubina” > 3

Puntuación = 3.

Albumina

Combo.

Valores: > 35 / 30 - 35 / < 30.

Obrigatorio.

Se “Albumina” = < 35

Puntuación = 1.

Se “Albumina” = 30 - 35

Puntuación = 2.

Se “Albumina” = < 30

Puntuación = 3.

Ascite

Combo.

Valores: Non / Doadada de controlar / Díficil de controlar.

Obrigatorio.

Se “Ascite” = Non

Puntuación = 1.

Se “Ascite” = Doadada de controlar

Puntuación = 2.

Se “Ascite” = Díficil de controlar

Puntuación = 3.

Encefalopatía

Combo.

Valores: 0 / I - II / III - IV.

Obrigatorio.

Se “Encefalopatía” = 0

Puntuación = 1.

Se “Encefalopatía” = I - II

Puntuación = 2.

Se “Encefalopatía” = III - IV

Puntuación = 3.

Tempo de protrombina

Combo.

Valores: > 50 % / 30 - 50 % / < 30 %.

Obrigatorio.

Se “Tempo de protrombina” > 50 %

Puntuación = 1.

Se “Tempo de protrombina” 30 - 50 %

Puntuación = 2.

Se “Tempo de protrombina” < 30 %

Puntuación = 3.

RESULTADO

Texto - Numérico (0)

Obrigatorio.

Se “Puntuación” = 5 - 6

RESULTADO = A.

Se “Puntuación” = 7 - 9

RESULTADO = B.

Se “Puntuación” = 10 - 15

RESULTADO = C.

PROGNÓSTICO

Texto.

Obrigatorio.

Se “SUMA (Puntuación)” = 5 - 6

PROGNÓSTICO = Bo prognóstico

Se “SUMA (Puntuación)” = 7 - 9

PROGNÓSTICO =

Prognóstico intermedio

Se “SUMA (Puntuación)” = 10 - 15

PROGNÓSTICO = Mal prognóstico

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

VALORACIÓN DO RISCO CIRÚRXICO

Parsonnet 1995

SERVIZO: MEDICINA INTENSIVA

Factores de risco	Criterios	Puntuación
Sexo feminino		1
Idade	70 - 74 anos	1
Idade	75 - 79 anos	2
Idade	80 +	3
FEVI	30 - 45%	1
FEVI	< 30%	3
Obesidade mórbida	> 1,5 veces do peso ideal	1
Diabete		1
Hipertensión arterial	> 140 / 90 ou historia de hipertensión ou toma de medicación antihipertensiva	1
Reoperación	Primeira	4
Reoperación	Segunda ou seguinte	8
Aneurisma de VI	Resecado	3
IBAC preoperatorio	No momento da cirurxía	3
Substitución valvular mitral		4
Substitución valvular aórtica		5
Substitución valvular tricúspide		3
Valvular + coronario		3

1/3

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

Aneurisma disecante torácico	10
Enfermidade vascular periférica	2
Neoptasia activa (leucemia, linfoma...)	5
SIDA, enfermidade activa (VIH + excluídos)	10
Agutinas frías	5
Resultamento de hemoderivados	5
Enfermidade neurolóxica severa (accidente cerebrovascular, paraplexía, distrofia muscular...)	5
Abuso de substancias (alcohol, drogas) severo	3
RISCO ESTIMADO TOTAL	<input type="text"/> %

Localidade, <dia> de <mes> de <ano>
 Asdo. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

3/3

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

CONDICIÓNES ESPECIAIS

Endocardite aguda	10
Shock cardíaco ou outflow < 10 ml/h	10
Cardiomegalia	1
Insuficiencia cardíaca congestiva	4
Endocardite activa	10
Endocardite tratada	1
Anxioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) ou cateterismo frustrado	7
Enfermidade de tronco ou anxia inestable	1
Insuficiencia mitral aguda	10
Dependencia de marcapasos	1
IAM transmural nos 48 horas previas	7
Comunicación interventricular (CIV) aguda	20
Taquicardia ventricular, fibrilación ventricular, morte súbita abortada	3
Cirrose	5
Dependencia de diálise	2
Fallo renal agudo ou crónico	5
Asma	2
EPOC severo	2
Infubación preoperatoria	5
Púrpura trombocitopénica trombótica	10
HTP (presión media > 30)	2
Aneurisma de aorta abdominal asimtomático	2
Enfermidade carotídea, obstrución unilateral 100%	3
Enfermidade carotídea bilateral	5

2/3

ÁMBITOS DE USO

Servizos de Medicina Intensiva dos hospitais.

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

Hospitalización.

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Medicina Intensiva dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO

Factores de risco

Chech numérico múltiple.

Non excluínte

Obrigatorio.

RISCO ESTIMADO TOTAL

Numérico (0).

Fórmula = SUMA (Puntuación).

Obrigatorio.

Data:

8/6/2006

Grupo clínico de asesores asistente:

Teresa Jiménez Martínez
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Virginia Lorenzo García
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

José Carlos Quintás Fernández
C.H. Xeral-Calde

José Uribe Espinosa
C.H. de Ourense.

Francisco Vázquez Vizoso
C.H. de Pontevedra.

Rosa Fungueiriño Suárez
C.H. de Pontevedra.

Margarita Cueto Baelo
C.H. Universitario de Vigo.

Grupo de documentalistas asistente:

Ignacio Juanatey Dorado
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

M^a Holanda Rodríguez Vázquez
C.H. Universitario de Vigo.

Documentos elaborados:

Anamnese e exploración física de inmunoprevención.

Anamnese e exploración física de abandono do hábito tabáquico.

Anamnese e exploración física de exposición a riscos biolóxicos.

Data:

26/6/2006

Grupo clínico de asesores asistente:

Teresa Jiménez Martínez
C.H. Universitario Juan Canalejo.

José Carlos Quintás Fernández
C.H. Xeral-Calde

José Uribe Espinosa
C.H. de Ourense.

Francisco Vázquez Vizoso
C.H. de Pontevedra.

Margarita Cueto Baelo
C.H. Universitario de Vigo.

Grupo de documentalistas asistente:

Ángel Facio Villanueva
C.H. Arquitecto Marcide-Nova Santos.

M^a Holanda Rodríguez Vázquez
C.H. Universitario de Vigo.

Documentos elaborados:

Anamnese e exploración física de inmunoprevención.

Anamnese e exploración física de abandono do hábito tabáquico.

Anamnese e exploración física de exposición a riscos biolóxicos.

- Alergoloxía
- Anestesioloxía e Reanimación
- Anxioloxía e Cirurxía Vascular
- Aparello Dixestivo
- Cardioloxía
- Cirurxía Cardíaca
- Cirurxía Maxilofacial
- Cirurxía Pediátrica
- Cirurxía Plástica
- Cirurxía Torácica
- Cirurxía Xeral e Dixestiva
- Dermatoloxía
- Endocrinoloxía
- Hematoloxía Clínica
- Hospitalización a Domicilio
- Medicina Interna
- Medicina Intensiva
- Medicina Preventiva**
- Nefroloxía
- Neurocirurxía
- Neurofisioloxía Clínica
- Neuroloxía
- Obstetricia
- Oftalmoloxía
- Oncoloxía Médica
- Otorrinolaringoloxía
- Pediatría
- Pneumoloxía
- Psiquiatría
- Radiodiagnóstico
- Rehabilitación
- Reumatoloxía
- Traumatoloxía
- Uroloxía
- Xeriatria
- Xinecoloxía

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

ANAMNESE E EXPLORACIÓN FÍSICA DE INMUNOPREVENCIÓN

SERVIZO: MEDICINA PREVENTIVA

MOTIVO DE ASISTENCIA:

ANTECEDENTES PERSOAIS

Transfusións γ -globulinas Acupuntura Tattoaxes Piercing

[Enfermidades] [Intervencións] [Hábitos tóxicos] [Situación social e funcional] [Medicación actual]
 [Profesión] [Outros]

ALERXIAS

Ovo Antibióticos Vacinas Látex Xelatinas

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANAMNESE POR APARELLOS

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA máx/mín (mm Hg) / / FC (batidos/min)
presión arterial presión cardíaca

Tª (°C) - Peso (kg) Talle (cm) IMC
temperatura taquicardia índice de masa corporal (kg/m²)

1/3

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

..... / /

..... / /

..... / /

..... / /

XUÍZO CLÍNICO

PLAN DIAGNÓSTICO

PLAN TERAPÉUTICO

Localidade, <dia> de <mes> de <ano>
 Asdo. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

3/3

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

ANTECEDENTES VACINAIS IMMUNITARIOS

Documentación

Cartilla vacinal infantil Camé vacinal do adulto Ningunha

Outra:

BCG (previsto, cicatriz, etc.):

Mantoux Data (dd/mm/aaaa) / / milímetros
 Data (dd/mm/aaaa) / / milímetros

Comentarios:

Vacinas

	Pasou a enfermidade	Doses recibidas ata hoxe	Data da última dose (dd/mm/aaaa)	Comentarios
Poliomielite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	
Difteria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	
Toxo fetina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	
Sarampelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	
Rubéola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	
Parotidite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	
Varicela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	
Hib (<i>Neisseria meningitidis</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	
Enf. meningocócica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	
Enf. pneumocócica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	
Hepatite viral A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	
Hepatite viral B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	
Febre tifóidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	
Gripe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /	

2/3

ÁMBITOS DE USO

Servizos de Medicina Preventiva dos hospitais.

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

Consultas externas.

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO

Escritura: **Facultativos dos servizos de Medicina Preventiva dos hospitais.**

Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO

MOTIVO DE ASISTENCIA

Texto

Obrigatorio.

ANTECEDENTES PERSOAIS

Transfusións

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

γ-globulinas

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Acupuntura

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Tatuaxes

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Piercings

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Cadro de texto

Texto.

Obrigatorio se non cobre ningunha outra epígrafe deste apartado.

ALERXIAS

Ovo

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Antibióticos

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Vacinas

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Látex

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Xelatinas

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

Cadro de texto

Texto.

Obrigatorio se non cobre ningunha outra epígrafe deste apartado.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Texto.

Obrigatorio.

ANAMNESE POR APARELLOS

Texto.

Non obrigatorio.

ENFERMIDADE ACTUAL

Texto.

Obrigatorio.

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA

Númérico (0).

Non obrigatorio.

FC

Númérico (0).

Non obrigatorio.

Tª

Númérico (1)

Non obrigatorio.

Localización

Combo.

Valores: Axilar / Rectal / Bucal / Transimpánica.

Non obrigatorio.

Peso

Númérico (1).

Non obrigatorio.

Obrigatorio para o cálculo do IMC.

Talle

Númérico (0).

Obrigatorio para o cálculo do IMC.

Non obrigatorio.

IMC

Númérico (2).

Fórmula = $\text{Peso} / \text{Talle}^2$

Non obrigatorio.

Cadro de texto

Texto.
Non obrigatorio.

ANTECEDENTES VACINAIS INMUNITARIOS

Documentación

Cartilla vacinal infantil

Check único.
Non obrigatorio.

Cartilla vacinal do adulto

Check único.
Non obrigatorio.

Ningunha

Check único.
Non obrigatorio.

Outra

Texto.
Non obrigatorio.

BCG (rexistro, cicatriz, etc.)

Texto.
Non obrigatorio.

Mantoux

Data

Data.
Non obrigatorio.

milímetros

Numérico (0)
Non obrigatorio.

Comentarios

Texto.
Non obrigatorio.

Pasou a enfermidade

Combo.
Numérico (0)

Doses recibidas ata hoxe

Numérico (0).
Non obrigatorio.

Comentarios

Texto.
Non obrigatorio.

XUÍZO CLÍNICO

Texto.
Obrigatorio.

PLAN DIAGNÓSTICO

Texto.
Non obrigatorio.

PLAN TERAPÉUTICO

Texto.
Obrigatorio.

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:
Enderezo: Teléfono:

ANAMNESE E EXPLORACIÓN FÍSICA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

SERVIZO: MEDICINA PREVENTIVA

MOTIVO DE ASISTENCIA:

ANTECEDENTES PERSOAIS
[Enfermidades] [Intervencións] [Transtornos] [Hábitos tóxicos] [Situación social e funcional]
[Medicación actual] [Profesión] [Outros]

ALERXIAS

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANAMNESE POR APARELLOS

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA máx/min (mm Hg) / FC (batexos/min)
Tª (°C) - Peso (kg) - Taille (cm) - IMC
CO (p.p.m.) - HBCO (%)

1/3

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:
Enderezo: Teléfono:

VALORACIÓN SUBIECTIVA DA IMPORTANCIA-CONFIANZA-PREPARACIÓN PARA O ABANDONO

¿Actualmente, que importancia ten para vostede deixar de fumar? Nunha escala de 0 a 10 (0 = nada importante; 10 = extremadamente importante) ¿Onde diría que está?

Se vostede decidise deixar de fumar neste momento, ¿que confianza tería en lograrlo? Na mesma escala de 0 a 10 (0 = non ter ningunha confianza; 10 = estar extremadamente confiado/a) ¿onde diría que está?

¿Aa que punto está preparado para deixar de fumar? Nunha escala de 0 a 10 (0 = non estar nada preparado; 10 = estar extremadamente preparado para deixalo) ¿onde diría que está?

Diagnóstico de FASE

DEPENDENCIAS

Test de Fagerström DEPENDENCIA
Test de Henry-Mondor
Test de Richmond MOTIVACIÓN
Test de Floussad
Outros test

INTERVENCIÓN

Localidade, <dia> de <mes> de <ano>
Aedo. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

3/3

SERGAS **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:
Enderezo: Teléfono:

HISTORIA DE CONSUMO DE TABACO

Consumo diario

Cigarros Pipas Puros Marca
Idade do inicio (anos) Anos de fumador Paquetes x ano
Nº de intentos previos Tempo máximo sen fumar anos meses días
Métodos utilizados
Motivos de recada
Convive con fumadores (domicilio/traballo/socio)
Outros consumos (café, estimulantes, marihuana, etc.)
Exercicio físico/dieta

ANÁLISE DA FASE / MOTIVACIÓN / DEPENDENCIAS

Motivos para deixar de fumar

No último ano ¿cantas veces deixou de fumar durante máis de 24 horas?
¿En intención de deixalo dentro dos vindeiros 6 meses?
¿En intención certa de deixar de fumar dentro dos vindeiros 30 días?
¿No último mes, intentou reducir o número de cigarros?

2/3

ÁMBITOS DE USO

Servizos de Medicina Preventiva dos hospitais.

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

Consultas externas.

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Medicina Preventiva dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO

MOTIVO DE ASISTENCIA

Texto.

Obrigatorio.

ANTECEDENTES PERSOAIS

Texto.

Obrigatorio.

ALERXIAS

Texto.

Obrigatorio.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Texto.

Obrigatorio.

ANAMNESE POR APARELLOS

Texto.

Non obrigatorio.

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA

Numérico (0).

Non obrigatorio.

FC

Numérico (0).

Non obrigatorio.

Tª

Numérico (1)

Non obrigatorio.

Localización

Combo.

Valores: Axilar / Rectal / Bucal / Transtimpánica.

Non obrigatorio.

Peso

Numérico (1).

Non obrigatorio.

Obrigatorio para o cálculo do IMC.

Talle

Numérico (0).

Obrigatorio para o cálculo do IMC.

Non obrigatorio.

IMC

Numérico (2).

Fórmula = $\text{Peso} / \text{Talle}^2$

Non obrigatorio.

CO (ppm)

Numérico (0).

Non obrigatorio.

HbCO

Numérico (1).

Non obrigatorio.

Cadro de texto

Texto.

Non obrigatorio.

HISTORIA DE CONSUMO DE TABACO

Consumo diario

Cigarros

Numérico (0).

Non obrigatorio.

Pipas

Numérico (0).

Non obrigatorio.

Puriños

Numérico (0).

Non obrigatorio.

Marca

Texto.

Non obrigatorio.

Idade de inicio

Numérico (0).

Non obrigatorio.

Anos de fumador

Numérico (0).

Non obrigatorio.

Paquetes x ano

Numérico (0).

Non obrigatorio.

Nº de intentos previos

Numérico (0).

Non obrigatorio.

Tempo máximo sen fumar

anos

Numérico (0).

Non obrigatorio.

meses

Numérico (0).
Non obrigatorio.

días

Numérico (0).
Non obrigatorio.

Métodos utilizados

Texto.
Non obrigatorio.

Motivo/s de recaída

Texto.
Non obrigatorio.

Convive con fumadores (domicilio/traballo/ ocio)

Texto.
Non obrigatorio.

Outros consumos (café, estimulantes, marihuana, etc.)

Texto.
Non obrigatorio.

Exercicio físico/dieta

Texto.
Non obrigatorio.

ANALISE DA FASE / MOTIVACION / DEPENDENCIAS

Motivo/s para deixar de fumar

Texto.
Non obrigatorio.

No último ano ¿cantas veces deixou de fumar durante máis de 24 horas?

Numérico (0).
Non obrigatorio.

¿Ten intención de deixalo dentro dos vindeiros 6 meses?

Combo.
Valores: Si / Non / Dubida.
Non obrigatorio.

¿Ten intención seria de deixar de fumar dentro dos vindeiros 30 días?

Combo.
Valores: Si / Non / Dubida.
Non obrigatorio.

¿No último mes, intentou reducir o número de cigarros?

Combo.
Valores: Si / Non / Dubida.
Non obrigatorio.

VALORACIÓN SUBXECTIVA DA IMPORTANCIA-CONFIANZA-PREPARACIÓN PARA O ABANDONO

¿Actualmente, que importancia ten para vostede deixar de fumar? Nunha escala de 0 a 10 (0 = nada importante; 10 = extremadamente importante) ¿Onde diría que está?

Combo.
Valores: 0 / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10.
Non obrigatorio.

Se vostede decidira deixar de fumar neste momento ¿que confianza tería en logralo? Na mesma escala do 0 a 10 (0 = non ter ningunha confianza; 10 = estar extremadamente confiado/a) ¿Onde diría que está?

Combo.
Valores: 0 / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10.
Non obrigatorio.

¿Ata que punto está preparado para deixar de fumar? Nunha escala de 0 a 10 (0 = non estar nada preparado; 10 = estar extremadamente preparado para deixalo) ¿Onde diría que está?

Combo.
Valores: 0 / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10.
Non obrigatorio.

DIAGNÓSTICO DE FASE

Combo.
Valores: Precontemplación / Contemplación / Preparación para a acción / Acción.
Non obrigatorio.

DEPENDENCIAS

TEST DE FAGESTRÖM

Combo.
Valores: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10.
Non obrigatorio.

Dependencia

Se "TOTAL" = 0 - 1
DEPENDENCIA = Moi baixa
Se "TOTAL" = 2 - 3
DEPENDENCIA = Baixa
Se "TOTAL" = 4 - 5
DEPENDENCIA = Moderada
Se "TOTAL" = 6 - 7
DEPENDENCIA = Alta
Se "TOTAL" = 8 - 10
DEPENDENCIA = Moi alta

TEST DE HENRY-MONDOR

Combo.
Valores: 0 / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10 / 11 / 12 / 13 / 14 / 15 / 16 / 17 / 18 / 19 / 20 / 21 / 22.
Non obrigatorio.

TEST DE RICHMOND

Valores: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10.
Non obrigatorio.

MOTIVACIÓN

Se "TOTAL" = 0 - 4
Motivación = Baixa
Se "TOTAL" = 5 - 6
Motivación = Media
Se "TOTAL" = 7 - 10
Motivación = Alta

TEST DE ROUSSEL



Texto.
Non obrigatorio.

OUTROS TEST

Texto.
Non obrigatorio.

INTERVENCIÓN

Texto.
Obrigatorio.

Paciente: _____ Data Nac.: _____ Sexo: _____
NHC: _____ CIP: _____ Póximo: _____ NSS: _____
Enderezo: _____ Teléfono: _____

TEST DE FAGESTRÖM

SERVIZO: MEDICINA PREVENTIVA

¿Cuántos minutos pasan entre o momento de levantarse e fumar o primeiro cigarro? **Puntuación**

5 ou menos	3	<input type="checkbox"/>
De 6 a 30	2	<input type="checkbox"/>
De 31 a 60	1	<input type="checkbox"/>
Máis de 60	0	<input type="checkbox"/>

¿Encontra dificultades para absterse de fumar en lugares onde está prohibido?

Si	1	<input type="checkbox"/>
Non	0	<input type="checkbox"/>

¿Cuántos cigarros fuma ao día?

Máis de 30	3	<input type="checkbox"/>
Entre 21 e 30	2	<input type="checkbox"/>
Entre 11 e 20	1	<input type="checkbox"/>
Menos de 11	0	<input type="checkbox"/>

¿Fuma máis durante as primeiras horas da mañá que durante o resto do día?

Si	1	<input type="checkbox"/>
Non	0	<input type="checkbox"/>

¿Fuma cando non se atopa ben ou cando está enfermo?

Si	1	<input type="checkbox"/>
Non	0	<input type="checkbox"/>

TOTAL

DEPENDENCIA

Localidade, <día> de <mes> de <ano>
Acdo. Dr./a. Nome e apelidos do profesional

ÁMBITOS DE USO

Servizos de Medicina Preventiva dos hospitais.

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

Consultas externas.

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Medicina Preventiva dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO

¿Cantos minutos pasan entre o momento de levantarse e fumar o primeiro cigarro?

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

¿Encontra dificultade para absterse de fumar en lugares onde está prohibido?

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

¿Cantos cigarros fuma ao día?

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

¿Fuma máis durante as primeiras horas da mañá que durante o resto do día?

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

¿Fuma cando non se atopa ben ou cando está enfermo?

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

TOTAL

Numérico (0).

Fórmula = SUMA (Puntuación).

Obrigatorio.

DEPENDENCIA

Se "TOTAL" = 0 - 1

DEPENDENCIA = Moi baixa

Se "TOTAL" = 2 - 3

DEPENDENCIA = Baixa

Se "TOTAL" = 4 - 5


DEPENDENCIA = Moderada

Se "TOTAL" = 6 - 7

DEPENDENCIA = Alta

Se "TOTAL" = 8 - 10

DEPENDENCIA = Moi alta




Paciente:	CIP:	Réxime:	Data Nac.:	NSS:	Sexo:
Enderezo:		Teléfono:			

TEST DE RICHMOND

SERVIZO: MEDICINA PREVENTIVA

	Puntuación
¿Gustaríalle deixar de fumar se puidese facelo facilmente?	
Non	0 <input type="checkbox"/>
Si	1 <input type="checkbox"/>
¿Canto interese tes en deixalo?	
Nada	0 <input type="checkbox"/>
Algo	1 <input type="checkbox"/>
Bastante	2 <input type="checkbox"/>
Molto	3 <input type="checkbox"/>
¿Intentarás deixar de fumar nos vindeiros 2 semanas?	
Definitivamente non	0 <input type="checkbox"/>
Quizais	1 <input type="checkbox"/>
Si	2 <input type="checkbox"/>
Definitivamente si	3 <input type="checkbox"/>
¿Cabe a posibilidade de que sexa un "non-fumador" nos vindeiros 8 meses?	
Definitivamente non	0 <input type="checkbox"/>
Quizais	1 <input type="checkbox"/>
Si	2 <input type="checkbox"/>
Definitivamente si	3 <input type="checkbox"/>
TOTAL	<input type="text"/>
MOTIVACIÓN	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Localidade, <día> de <mes> de <ano>
Asído. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

ÁMBITOS DE USO

Servizos de Medicina Preventiva dos hospitais.

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

Consultas externas.

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Medicina Preventiva dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO

¿Gustaríalle deixar de fumar se puidera facelo facilmente?

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

¿Canto interese ten en deixalo?

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

¿Intentará deixar de fumar nas vindeiras 2 semanas?

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

¿Cabe a posibilidade de que sexa un “non-fumador” nos vindeiros 6 meses?

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

TOTAL

Numérico (0).

Fórmula = SUMA (Puntuación).

Obrigatorio.

MOTIVACIÓN

Se “TOTAL” = 0 - 4

Motivación = Baixa

Se “TOTAL” = 5 - 6

Motivación = Media

Se “TOTAL” = 7 - 10

Motivación = Alta

SER GAS 

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

ANAMNESE E EXPLORACIÓN FÍSICA DE EXPOSICIÓN A RISCOS BIOLÓXICOS

SERVIZO: MEDICINA PREVENTIVA

MOTIVO DE ASISTENCIA:

ANTECEDENTES PERSOAIS

Transfusións y-globulinas Acupuntura Tatuares Piercing

[Enfermidades] [Intervencións] [Hábitos tóxicos] [Situación social e funcional] [Medicación actual]
 [Profesión] [Outros]

ALERXIAS

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANAMNESE POR APARELLOS

DESCRIPCIÓN DO ACCIDENTE

Exposición:

Descrición:

Estado inmunitario do accidentado

Hepatitis viral B:

Hepatitis viral C:

VIH:

Tétano:

1/2

SER GAS 

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

Paciente fonte

HISTORIA:

VHB:

VHI:



XUÍZO CLÍNICO
 (Avaliación do risco)

PLAN DIAGNÓSTICO

PLAN TERAPÉUTICO

Localidade, < día > de < mes > de < ano >
 Asid. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

2/2

<p>ÁMBITOS DE USO</p> <p>Servizos de Medicina Preventiva dos hospitais.</p> <p>NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO</p> <p>Consultas externas.</p>	<p>PERFÍS PROFESIONAIS DE USO</p> <p> Escritura: Facultativos dos servizos de Medicina Preventiva dos hospitais.</p> <p> Consulta: Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.</p>
--	--

<p>NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO</p> <p>MOTIVO DE ASISTENCIA</p> <p>Texto</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>ANTECEDENTES PERSOAIS</p> <p>Transfusións</p> <p>Check único.</p> <p>Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.</p> <p>γ-globulinas</p> <p>Check único.</p> <p>Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.</p> <p>Acupuntura</p> <p>Check único.</p> <p>Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.</p> <p>Tatuaxes</p> <p>Check único.</p> <p>Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.</p> <p>Piercings</p> <p>Check único.</p> <p>Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.</p> <p>Cadro de texto</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio se non cobre ningunha outra epígrafe deste apartado.</p>	<p>ALERXIAS</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>ANTECEDENTES FAMILIARES</p> <p>Texto</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>ANAMNESE POR APARELLOS</p> <p>Texto</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>DESCRIPCIÓN DO ACCIDENTE</p> <p>Exposición</p> <p>Combo.</p> <p>Valores: Picadura / Corte / Rabuño / Trabada / Salpicadura con sangue / Salpicadura con líquidos orgánicos non sangue / Sexual / Outras.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>Descrición</p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>Estado inmunitario do accidentado</p> <p>Hepatite B</p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>Hepatite C</p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>VIH</p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p>	<p>Tétano</p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>Paciente fonte</p> <p>HBsAg</p> <p>Combo.</p> <p>Valores: Positivo / Negativo / Descoñecido.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>VHB</p> <p>Combo.</p> <p>Valores: Positivo / Negativo / Descoñecido.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>VIH</p> <p>Combo.</p> <p>Valores: Positivo / Negativo / Descoñecido.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>XUÍZO CLÍNICO</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>PLAN DIAGNÓSTICO</p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>PLAN TERAPÉUTICO</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p>
--	--	--

Data:

2/3/2006

Grupo clínico de asesores asistente:

Carlos Trasancos Fernández
C.H. Universitario Juan Canalejo.

M^a Fernanda Arrojo Alonso
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Rosa Ranero Díaz
C.H. Xeral-Calde.

Antonio Pereira García
C.H. de Pontevedra.

Luis González Rodríguez
C.H. Universitario de Vigo.

José M. Lamas Barreiro
C.H. Universitario de Vigo.

Grupo de documentalistas asistente:

Ignacio Juanatey Dorado
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

M^a Holanda Rodríguez Vázquez
C.H. Universitario de Vigo.

Documentos elaborados:**Anamnese e exploración física.**

Alergloxía

Anestesioloxía e Reanimación

Anxioloxía e Cirurxía Vascular

Aparello Dixestivo

Cardioloxía

Cirurxía Cardíaca

Cirurxía Maxilofacial

Cirurxía Pediátrica

Cirurxía Plástica

Cirurxía Torácica

Cirurxía Xeral e Dixestiva

Dermatoloxía

Endocrinoloxía

Hematoloxía Clínica

Hospitalización a Domicilio

Medicina Interna

Medicina Intensiva

Medicina Preventiva

Nefroloxía

Neurocirurxía

Neurofisioloxía Clínica

Neuroloxía

Obstetricia

Oftalmoloxía

Oncoloxía Médica

Otorrinolaringoloxía

Pediatria

Pneumoloxía

Psiquiatría

Radiodiagnóstico

Rehabilitación

Reumatoloxía

Traumatoloxía

Uroloxía

Xeriatría

Xinecoloxía




Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

ANAMNESE E EXPLORACIÓN FÍSICA

SERVIZO: NEFROLOXÍA

MOTIVO DE ASISTENCIA

ANTECEDENTES PERSONAIS
 [Enfermidades] [Intervencións] [Transfusións] [Hábitos tóxicos] [Situación social e funcional]
 [Medicación actual] [Profesión] [Outros]

ALERXIAS

ANTECEDENTES FAMILIARES

ENFERMIDADE ACTUAL

ANAMNESE POR APARELLOS

EXPLORACIÓN FÍSICA

BRAZO DEREITO SENTADO TA máx/mín (mm Hg) <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>Temperatura arterial</small>	BRAZO ESQUERDO SENTADO TA máx/mín (mm Hg) <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>Temperatura arterial</small>
BRAZO DEREITO DEITADO TA máx/mín (mm Hg) <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>Temperatura arterial</small>	BRAZO ESQUERDO DEITADO TA máx/mín (mm Hg) <input type="text"/> / <input type="text"/> <small>Temperatura arterial</small>

1/2




Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:
 Enderezo: Teléfono:

FC (batexos/min) FR (respiros/min)
Frecuencia cardíaca Frecuencia respiratoria

Tª (°C) - Peso (kg) Talle (cm) IMC
Temperatura Temperatura Peso Talle Índice de masa corporal (kg/m²)



XUÍZO CLÍNICO

PLAN DIAGNÓSTICO

PLAN TERAPÉUTICO

Localidade, < día > de < mes > de < ano >
 Asido: Dr./a: Nome e apelidos do facultativo

2/2

<p>ÁMBITOS DE USO</p> <p>Servizos de Nefroloxía dos hospitais.</p> <p>NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO</p> <p>Hospitalización.</p> <p>Consultas externas.</p>	<p>PERFÍS PROFESIONAIS DE USO</p> <p> Escritura: Facultativos dos servizos de Nefroloxía dos hospitais.</p> <p> Consulta: Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.</p>
--	---

<p>NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO</p> <p>MOTIVO DE ASISTENCIA</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>ANTECEDENTES PERSOAIS</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>ALERXIAS</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>ANTECEDENTES FAMILIARES</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>ENFERMIDADE ACTUAL</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>ANAMNESE POR APARELLOS</p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>EXPLORACIÓN FÍSICA</p> <p>BRAZO DEREITO SENTADO</p> <p>TA</p> <p>Numérico (0).</p> <p>Non obrigatorio.</p>	<p>BRAZO DEREITO DEITADO</p> <p>TA</p> <p>Numérico (0).</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>BRAZO ESQUERDO SENTADO</p> <p>TA</p> <p>Numérico (0).</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>BRAZO ESQUERDO DEITADO</p> <p>TA</p> <p>Numérico (0).</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>FC</p> <p>Numérico (0).</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>FR</p> <p>Numérico (0).</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>Tª</p> <p>Numérico (1).</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>Localización</p> <p>Combo.</p> <p>Valores: Axilar / Rectal / Bucal / Transtimpánica.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>Peso</p> <p>Numérico (1).</p> <p>Non obrigatorio.</p>	<p>Talle</p> <p>Numérico (0).</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>IMC</p> <p>Numérico (2)</p> <p>Fórmula = $\text{Peso} / \text{Talla}^2$</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>Cadro de texto</p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>XUÍZO CLÍNICO</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>PLAN DIAGNÓSTICO</p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>PLAN TERAPÉUTICO</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p>
---	--	--

Data:

13/3/2006

Grupo clínico de asesores asistente:

Santiago Amaro Cendón
C.H. Universitario Juan Canalejo.

José Luis Quintela Bermúdez
C.H. Universitario de Vigo.

Grupo de documentalistas asistente:

Ignacio Juanatey Dorado
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

M^a Holanda Rodríguez Vázquez
C.H. Universitario de Vigo.

Documentos elaborados:

Anamnese e exploración física.

Alergoloxía

Anestesioloxía e Reanimación

Anxioloxía e Cirurxía Vascular

Aparello Dixestivo

Cardioloxía

Cirurxía Cardíaca

Cirurxía Maxilofacial

Cirurxía Pediátrica

Cirurxía Plástica

Cirurxía Torácica

Cirurxía Xeral e Dixestiva

Dermatoloxía

Endocrinoloxía

Hematoloxía Clínica

Hospitalización a Domicilio

Medicina Interna

Medicina Intensiva

Medicina Preventiva

Nefroloxía

Neurocirurxía

Neurofisioloxía Clínica

Neuroloxía

Obstetricia

Oftalmoloxía

Oncoloxía Médica

Otorrinolaringoloxía

Pediatría

Pneumoloxía

Psiquiatría

Radiodiagnóstico

Rehabilitación

Reumatoloxía

Traumatoloxía

Uroloxía

Xeriatría

Xinecoloxía




Paciente:
Data Nac.:
Sexo:

NHC:
CIP:
RXIMO:
NSS:

Enderezo:
Telefono:

ANAMNESE E EXPLORACIÓN FÍSICA

SERVIZO: NEUROCIURURXÍA

MOTIVO DE ASISTENCIA

ANTECEDENTES PERSOAIS
 [Enfermidades] [Intervencións] [Transfusións] [Hábitos tóxicos] [Situación social e funcional]
 [Medicación actual] [Profesión] [Outros]

ALERXIAS



ANTECEDENTES FAMILIARES

ENFERMIDADE ACTUAL

ANAMNESE POR APARELLOS

EXPLORACIÓN FÍSICA



1/2

Paciente:
Data Nac.:
Sexo:

NHC:
CIP:
RXIMO:
NSS:

Enderezo:
Telefono:

XUÍZO CLÍNICO

PLAN DIAGNÓSTICO

PLAN TERAPÉUTICO

ESCALAS

Escala de coma de Glasgow



Localidade, < día > de < mes > de < ano >

Asido. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

2/2

<p>ÁMBITOS DE USO</p> <p>Servizos de Neurocirurxía dos hospitais.</p> <p>NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO</p> <p>Hospitalización.</p> <p>Consultas externas.</p>	<p>PERFÍS PROFESIONAIS DE USO</p> <p>Escritura: Facultativos dos servizos de Neurocirurxía dos hospitais.</p> <p>Consulta: Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.</p>
---	--

<p>NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO</p> <p>MOTIVO DE ASISTENCIA</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>ANTECEDENTES PERSOAIS</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>ALERXIAS</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>ANTECEDENTES FAMILIARES</p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>ENFERMIDADE ACTUAL</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>ANAMNESE POR APARELLOS</p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>EXPLORACIÓN FÍSICA</p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>XUÍZO CLÍNICO</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p>	<p>PLAN DIAGNÓSTICO</p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>PLAN TERAPÉUTICO</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>ESCALAS</p> <p>Escala de coma de Glasgow</p> <p>Númérico (0).</p> <p>Non obrigatorio.</p>
---	--

Paciente: _____ Data Nac.: _____ Sexo: _____
RHC: _____ CIP: _____ Róxime: _____ NSS: _____
Enderezo: _____ Teléfono: _____

ESCALA DE COMA DE GLASGOW (GCS)

SERVIZO: NEUROLOXÍA

APERTURA DE OLLOS	Valoración
Espontánea	4 <input type="checkbox"/>
Á orde	3 <input type="checkbox"/>
Á dor	2 <input type="checkbox"/>
Ausencia de resposta	1 <input type="checkbox"/>
RESPOSTA VERBAL	
Orientado	5 <input type="checkbox"/>
Confuso	4 <input type="checkbox"/>
Palabras	3 <input type="checkbox"/>
Sons	2 <input type="checkbox"/>
Ausencia de resposta	1 <input type="checkbox"/>
RESPOSTA MOTORA	
Á orde	6 <input type="checkbox"/>
Orientada á dor	5 <input type="checkbox"/>
Retirada á dor	4 <input type="checkbox"/>
Flexión anormal	3 <input type="checkbox"/>
Extensión anormal	2 <input type="checkbox"/>
Ausencia de resposta	1 <input type="checkbox"/>
TOTAL	<input type="checkbox"/>

Localidade, < día > de < mes > de < ano >
Asido: Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

ÁMBITOS DE USO

Servizos de Neurocirurxía dos hospitais.

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

Hospitalización.

Consultas externas.

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Neurocirurxía dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO

APERTURA DE OLLOS

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

RESPOSTA VERBAL

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

RESPOSTA MOTORA

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

TOTAL

Numérico (0).

Fórmula = SUMA (Valoración).

Obrigatorio.

Data:

17/1/2006

Grupo clínico de asesores asistente:

Catia María Martínez Barjas
Universitario Juan Canalejo.

Antonio Martínez Figueroa
Universitario Juan Canalejo.

Alberto Fernández Lastra
C.H. Xeral-Calde.

Saioa San Martín Sierra
C.H. de Ourense.

José María Fernández Rodríguez
C.H. Universitario de Vigo.

Grupo de documentalistas asistente:

Miguel Costas Sueiras
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Ignacio Juanatey Dorado
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Jesús Conde Freire
C.H. Xeral-Calde.

Román García de la Infanta
C.H. de Ourense.

Mar Díaz Terciado
C.H. Universitario de Vigo.

Documentos elaborados:[Informe de neurofisioloxía.](#)[Alergoloxía](#)[Anestesioloxía e Reanimación](#)[Anxioloxía e Cirurxía Vascular](#)[Aparello Dixestivo](#)[Cardioloxía](#)[Cirurxía Cardíaca](#)[Cirurxía Maxilofacial](#)[Cirurxía Pediátrica](#)[Cirurxía Plástica](#)[Cirurxía Torácica](#)[Cirurxía Xeral e Dixestiva](#)[Dermatoloxía](#)[Endocrinoloxía](#)[Hematoloxía Clínica](#)[Hospitalización a Domicilio](#)[Medicina Interna](#)[Medicina Intensiva](#)[Medicina Preventiva](#)[Nefroloxía](#)[Neurocirurxía](#)**[Neurofisioloxía Clínica](#)**[Neuroloxía](#)[Obstetricia](#)[Oftalmoloxía](#)[Oncoloxía Médica](#)[Otorrinolaringoloxía](#)[Pediatria](#)[Pneumoloxía](#)[Psiquiatría](#)[Radiodiagnóstico](#)[Rehabilitación](#)[Reumatoloxía](#)[Traumatoloxía](#)[Uroloxía](#)[Xeriatría](#)[Xinecoloxía](#)

			
Paciente:		Data Nac.:	Sexo:
NHC:	CIP:	Dóximo:	NSS:
Enderezo:		Teléfono:	

INFORME DE NEUROFISIOLOGÍA

SERVIZO: NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA

SERVIZO SOLICITANTE:



MÉDICO SOLICITANTE:

MÉDICO REALIZADOR:

DESCRIPCIÓN:

CONCLUSIÓNS:

Localidade, <dia> de <mes> de <ano>
Aodo, Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

<p>ÁMBITOS DE USO</p> <p>Servizos de Neurofisioloxía dos hospitais.</p> <p>NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO</p> <p>Hospitalización.</p> <p>Consultas externas.</p>	<p>PERFÍS PROFESIONAIS DE USO</p> <p> Escritura: Facultativos dos servizos de Neurofisioloxía dos hospitais.</p> <p> Consulta: Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.</p>
--	--

<p>NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO</p> <p>SERVIZO SOLICITANTE</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>MÉDICO SOLICITANTE</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>MÉDICO REALIZADOR</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>DESCRIPCIÓN</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p>CONCLUSIÓNS</p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p>	
---	--