



CÓDIGO	PRO-TRA- 33
VERSIÓN	01
VIGENCIA	AGOSTO DE 2023

PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD, REALIZACIÓN Y SEGUIMIENTO DE AYUDAS DIAGNOSTICAS

PRO-TRA-33



CÓDIGO	PRO-TRA- 33
VERSIÓN	01
VIGENCIA	AGOSTO DE 2023

PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD, REALIZACION Y SEGUIMIENTO DE AYUDAS DIAGNOSTICAS

1. OBJETIVO

Determinar los mecanismos de solicitud realización y el seguimiento de las ayudas diagnosticas en Hospital departamental Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E, garantizando la seguridad, la humanización y la atención integral y oportuna al paciente.

2. ALCANCE

Inicia: Con la solicitud de la orden de ayuda diagnostica.

Termina: Con la entrega del resultado al médico tratante e interpretación en historia clínica

3. CONDICIONES GENERALES

El HDPUV Garantiza la integralidad de la atención del paciente, para así brindar un diagnóstico oportuno, efectivo y veraz. Las ayudas diagnosticas son gestionadas por el área de autorizaciones directamente con el prestador de salud responsable de cada paciente por medio de plataformas y correos establecidos por su asegurador garantizando así el seguimiento de su solicitud, la oportunidad de la autorización, la asignación de la cita y la realización de la ayuda diagnostica .

- ✓ Las ayudas diagnosticas son tramitadas mediante una plataforma web, establecida por su asegurador, al cual se le realiza el respectivo seguimiento de la orden desde el momento de la solicitud ante su prestador hasta la toma de la misma.
- ✓ El médico tratante debe de tener en cuenta que requisitos exige cada asegurador para realizar la solicitud de la ayuda diagnostica.
- ✓ La orden medica debe contener: orden de traslado redondo en transporte que requiera el paciente, ya bien sea básico o medicalizado, anexo técnico 3 (formato de solicitud de autorización de servicios), historia clínica sustentando la justificación de la realización de la ayuda diagnostica, y listado de chequeo exigido por cada entidad.
- ✓ En caso de que la ayuda diagnostica se requiera de manera urgente, este debe de ser solicitada mediante la central de referencia y contrareferencia del HDPUV, garantizando así la oportunidad de la toma de urgencia y transporte medicalizado.
- ✓ Los servicios de urgencias y hospitalización cuenta con los formatos requeridos por cada prestador, en caso de no encontrasen se deben solicitar al auxiliar administrativa encargada.



PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD, REALIZACION Y SEGUIMIENTO DE AYUDAS DIAGNOSTICAS

- ✓ Si en el momento de la toma de la ayuda diagnostica es encontrado un resultado critico se debe de trasladar el paciente a servicio de urgencias más cercano o en su defecto traslado de inmediato a HDPUV, donde iniciaran proceso de remisión urgente para el manejo integral.
- ✓ Se tiene una coordinación entre el servicio prestador y referencia de HDPUV, para identificar e intervenir oportunamente alguna complicación que se pueda presentar durante el traslado o la realización de la ayuda diagnostica.
- ✓ Cada ayuda diagnostica requiere preparación diferente según prestador asignado por su EAPB y se debe de indagar dependiendo de su ayuda diagnostica (tomografía axial computarizada) resonancia, ecografía, fibrobroncoscopia, colonoscopia, endoscopia, radiografía) que tipo de preparación se requiere.
- ✓ Las ayudas diagnosticas que requieran alguna preparación del paciente el prestador de cada EAPB indicara como realizarla y si requiere algún formato o preparación especial.
- ✓ Si el paciente no cumple con las condiciones o preparaciones especiales para la toma de ayuda diagnostica se debe reprogramar o notificar a médico tratante para realizar nueva alternativa de ayuda diagnostica.
- ✓ Todo paciente debe de ir con acompañamiento de personal asignado por la institución para garantizar un traslado seguro.
- ✓ Se debe de notificar al familiar del paciente que se le tomara una ayuda diagnostica y que requiere acompañamiento para la realización.
- ✓ Se le solicitara al auxiliar administrativo el seguimiento y cantidad de ayudas diagnosticas gestionadas durante el mes.

4. TERMINOS Y DEFINICIONES

Anexo técnico 3: (Resolución 3047 de 2008) es un formato de solicitud de autorización de servicios de salud, en el cual se describen todos los procedimientos, formatos, mecanismos y términos de aquellas entidades prestadoras de servicios de salud públicas y privadas.

Tomografía Axial computarizada (TAC): Prueba diagnóstica que, a través del uso de rayos X, permite obtener imágenes radiográficas del interior del organismo en forma de cortes transversales o, si es necesario, en forma de imágenes tridimensionales.



PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD, REALIZACION Y SEGUIMIENTO DE AYUDAS DIAGNOSTICAS

Resonancia magnética nuclear:(RMN) Es un examen diagnóstico que se le realiza al cuerpo en un campo magnético, ondas de radio y una computadora para producir imágenes detalladas de las estructuras que están adentro del cuerpo.

Radiografía (RX): Es una imagen digital que se obtiene al exponer al receptor de imagen radiográfica a una fuente de radiación de alta energía, comúnmente (rayos X o radiación gamma) procedente de isótopos radiactivos.

Ecografía: Es una prueba de diagnóstico por imagen que utiliza ondas sonoras para crear imágenes de órganos, tejidos y estructuras del interior del cuerpo.

Electroencefalograma: Estudio que mide la actividad eléctrica en el cerebro mediante pequeños discos de metal (electrodos).

Endoscopia: Es un procedimiento diagnóstico, que consiste en la introducción de una cámara o lente dentro de un tubo o endoscopio a través de un orificio natural, una incisión quirúrgica o una lesión para la visualización de un órgano hueco o cavidad corporal.

Colonoscopia: Es un examen en el que se visualiza el interior del colon (intestino grueso) y el recto, mediante un instrumento llamado colonoscopia A través pequeña cámara fijada a una sonda flexible que puede alcanzar toda la longitud del colon.

Fibrobroncoscopia: Es la introducción de un tubo flexible (broncoscopio) por la nariz que lleva en su punta una luz y una cámara de vídeo. El tubo se dirige por la garganta, atraviesa la laringe, entra en la tráquea y posteriormente permite ver los bronquios de cada uno de los pulmones.

Traslado asistencial básico Conjunto de personas, implementos y recursos necesarios para realizar el traslado de pacientes de un lugar a otro de una manera adecuada, protocolizada y con los equipos básicos necesarios para garantizar un transporte seguro.

Traslado asistencial medicalizado Unidad de intervención con equipo avanzado tripulada por médico entrenado, Profesional en enfermería o tecnólogo en atención pre hospitalaria y conductor.

EAPB (Entidades administradoras de planes de beneficios):De acuerdo al numeral 1 del artículo 121 de la Ley 1438 de 2011 en concordancia con el numeral 17 del artículo 6 del Decreto 2462 de 2013. Se entiende por entidades administradoras de planes de beneficios las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, las empresas solidarias, las asociaciones mutuales en sus actividades de salud, las cajas de compensación familiar en sus actividades de salud, las actividades de salud que realizan las aseguradoras, las entidades que administren planes voluntarios de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las administradoras de riesgos profesionales en sus actividades de salud.

Traslado simple: El traslado simple corresponde a la movilización del paciente de un sitio a otro, dentro del perímetro urbano, sin que el servicio exija el retorno del vehículo al lugar de origen con el paciente.



PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD, REALIZACION Y SEGUIMIENTO DE AYUDAS DIAGNOSTICAS

Traslado redondo: es el cual requiere de la espera de la unidad móvil hasta tanto el paciente hubiere recibido la atención objeto del traslado.

5. DESCRIPCIÓN

5.1 Solicitud de ayuda diagnósticas

N°	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTRO
1	Solicitud de ayuda diagnóstica realizada por medio de software y entregar a personal de enfermería	Médico tratante o solicitante	Software Historia Clínica
2	Chequeo de orden y verifica la prioridad si es urgente o regular, al igual que contenga orden de ayuda diagnóstica a realizar, anexo 3, orden de traslado básico o medicalizado según lo requiera el paciente, se requiere traslado simple o traslado redondo, listas de chequeo para ayuda diagnóstica a realizar si el prestador lo requiere e historia clínica sustentando la realización de la ayuda diagnóstica	Profesional de enfermería	N/A
3	Entrega de orden al auxiliar administrativo y Verifica que contenga todos los documentos antes mencionados.	Profesional de enfermería	Bitácora de seguimiento de orden

5.2 Entrega de solicitud al área de autorizaciones

N°	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTRO
1	Entrega de orden al área de autorizaciones,	La auxiliar administrativa de servicio de hospitalización	Bitácora de seguimiento de orden
2	Radical orden en plataforma, personal de autorizaciones según EAPB realiza solicitud de ayuda diagnóstica	Personal encargada de autorizaciones	Plataforma o correo de EAPB
3	Si ayuda diagnóstica es urgente, se notifica de inmediato a central de referencia si es en horario hábil o a caja si es dominical festivos o nocturno para realizar la coordinación del traslado y notificación a EAPB	Profesional de enfermería	N/A



PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD, REALIZACION Y SEGUIMIENTO DE AYUDAS DIAGNOSTICAS

5.3 Recepción de autorizaciones por EAPB

N°	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTRO
1	Recibir autorización de cita de ayuda diagnóstica, personal de autorizaciones notifica al auxiliar administrativo para la coordinación de traslado.	Personal encargada de autorizaciones	Plataforma o correo de EAPB
2	Generar orden de traslado del paciente, La auxiliar administrativa realiza solicitud según el prestador del EAPB de cada paciente.	La auxiliar administrativa de hospitalización	Plataforma o correo de prestador de traslados de EAPB
3	Notificación al familiar del paciente, personal de enfermería realiza llamada telefónica y solicitud si se requiere de acompañamiento de familiar	Profesional de enfermería	Software Historia Clínica

5.4 Traslado de paciente al lugar de toma de ayuda diagnóstica

N°	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTRO
1	Traslado de paciente a lugar asignado de cita de ayuda diagnóstica, empresa encargada de transporte de pacientes, realiza el traslado en compañía de auxiliar asignado por la institución	Empresa asignada por EAPB y personal asignado por institución	N/A
2	Toma de ayuda diagnóstica	Prestador asignado por EAPB	N/A
3	Traslado de regreso a la institución, empresa encargada de transporte de pacientes, realiza el traslado en compañía de personal r asignado por la institución y familiar del paciente	Empresa asignada por EAPB y personal asignado por institución	N/A
4	Entrega de resultado. Personal de traslado y auxiliar de enfermería que realiza traslado realiza entrega de resultado a personal médico o profesional de enfermería para continuar con la atención del paciente.	Profesional de enfermería	Software Historia Clínica

5.5 Registro de resultados en software de historia clínica

N°	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTRO
----	-------------	-------------	----------

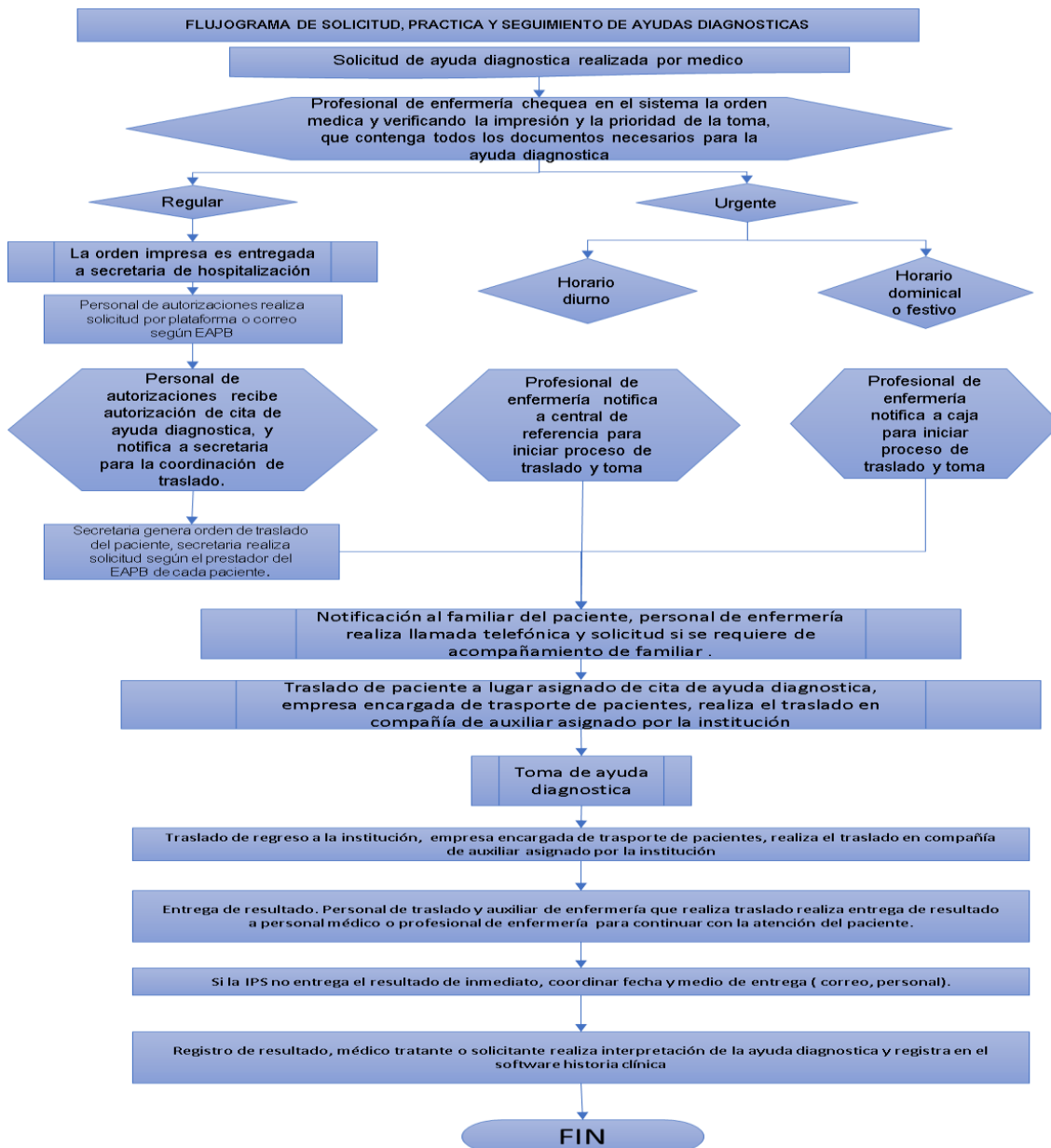


PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD, REALIZACION Y SEGUIMIENTO DE AYUDAS DIAGNOSTICAS

1	Registro de resultado, médico tratante o solicitante realiza interpretación de la ayuda diagnostica y registra en el software historia clínica	Médico tratante o solicitante	Software Historia Clínica
----------	--	-------------------------------	---------------------------

6. ANEXOS


6.1 Flujograma de solicitud, práctica y seguimiento de ayudas diagnósticas.





**PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD, REALIZACION Y SEGUIMIENTO
DE AYUDAS DIAGNOSTICAS**

6.2 Cuestionario de seguridad previo atención en resonancia EAPB (NEPS).

 RIDOC SAS RESONANCIA DE OCCIDENTE <small>NEP 000.000.001.4</small>		CUESTIONARIO SE SEGURIDAD PREVIO ATENCION EN RESONANCIA	
NOMBRE DEL PTE: _____		EDAD: _____ CC/TI/RC _____	
CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS: (1 AL 6) SI CUALQUIERA DE ESTOS ITEMS DA POSITIVO COMO RESPUESTA, FAVOR INFORMAR INMEDITAMENTE AL AREA DE RESONANCIA, YA QUE NO SE PUEDE REALIZAR EL EXAMEN SOLICITADO.			
1. TIENE MARCAPASO	SI _____ NO _____		
2. TIENE CLIP DE ANEURISMA	SI _____ NO _____		
3. IMPLANTE COCLEAR	SI _____ NO _____		
4. ESQUIRLAS EN ORBITAS	SI _____ NO _____		
5. TIENE NEURO-ESTIMULADOR	SI _____ NO _____		
6. ESTA EN EMBARAZO O CREE ESTARLO?	SI _____ NO _____ NA _____		
7. IMPLANTES METALICOS EN EL CUERPO	SI _____ NO _____ DONDE? _____		
8. TIENE BRACKTES - PIERCING-TATUAJES	SI _____ NO _____ CUAL? _____		
9. SUFRE DE CLAUSTROFOBIA	SI _____ NO _____		
10. PTE COLABORA -PUEDE QUEDARSE QUIETO DURANTE 45 MINUTOS	SI _____ NO _____		
11. ESTA CONECTADO A RESPIRADOR O TIENE RESPIRACION AGITADA	SI _____ NO _____		
12. PTE TOLERA EL DECUBITO SUPINO PLANO?	SI _____ NO _____		
12. TIENE ALGUN TIPO DE AISLAMIENTO?	SI _____ NO _____ PORQUE? _____		
13. SUFRE DE DIABETES ?	SI _____ NO _____ TIENE BOMBA INSULINA? _____		
14. TIENE INSUFICIENCIA RENAL	SI _____ NO _____		
15. SUFRE DE HIPERTENSION	SI _____ NO _____		
16. SUFRE DE LUPUS O ENF AUTOINMUNE	SI _____ NO _____		
17. TIENE INSUFICIENCIA RENAL O ESTA EN DIALISIS	SI _____ NO _____		
18. RESULTADO DE LA CREATININA	VALOR _____ TALLA (mts) _____		
19. PESO DEL PACIENTE PESO MAX TOLERADO EQUIPO 120 KG	_____		
20. EXAMEN SOLICITADO:	_____		
21. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:	_____		
22. TIENE ESTUDIOS ANTERIORES DEL AREA A EXAMINAR	SI _____ NO _____		
23. NECESITA AYUNO (ABDOMEN-COLANGIO-SEDACION)	SI _____ NO _____		
FECHA: _____			
FIRMA DEL MD TRATANTE O ENF. RESPONSABLE QUE REALIZA EL CUESTIONARIO	FIRMA REVISADO TECNOLOGO RIDOC SAS		
NOTA: * FAVOR AL LLAMAR A SOLICITAR LA CITA DE RESONANCIA TENER ESTE CUESTIONARIO DILIGENCIADO Y A LA MANO, ADEMÁS DE LOS DATOS DE IDENTIFICACION DEL PTE (CC- FECHA DE NACIMIENTO. DIRECCION - TEL) * PRESENTARSE 30 MINUTOS ANTES DE LA CITA, CON ORDEN MEDICA- RESUMEN DE HISTORIA CLINICA- ESTUDIOS ANTERIORES Y AUTORIZACION DE LA ENTIDAD DIRIGIDA A RIDOC SAS RESONANCIA DE OCCIDENTE DONDE ESPECIFIQUE EXAMEN A REALIZAR Y CUBRIMIENTO DE MEDIO DE CONTRASTE (SI ES SOLICITADO POR MD. TRATANTE)- ANEXAR CUESTIONARIO DILIGENCIADO Y FOTOCOPIA DE LA CEDULA DEL PACIENTE. GRACIAS			



PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD, REALIZACION Y SEGUIMIENTO
DE AYUDAS DIAGNOSTICAS

6.2 Lista de chequeo pacientes hospitalizados. EAPB (EMSSANAR).

	LISTA DE CHEQUEO PACIENTES HOSPITALIZADOS	CODIGO: PS-for-02
		Fecha de actualización: 18/06/2019
		VERSION: 2
		PAGINA: 1 de 2

FECHA:	SALA:		
NOMBRE DEL PACIENTE:	DOCUMENTO		
EPS		TELEFONO:	
EDAD DEL PACIENTE:		OBSERVACIONES	
MARCAR CON X	SI	NO	
ASEGURESE QUE EL PACIENTE REQUIERE O NO ANESTESIA			
CLAUSTROFOBIA			
MENOR DE 10 AÑOS			
ADULTO MAYOR (70 AÑOS)			
MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS			
HEMODINAMICAMENTE INESTABLE			
ALTERACIONES MENTALES			
TOLERANCIA A LA POSICION			
CONDICION DEL PACIENTE			
HA VISITADO RECIENTEMENTE Y/O PRESENTA CONTACTO DIRECTO CON PERSONAS PROVENIENTES DE EUROPA-ASIA			
HA PRESENTADO GRIPA, TOZ, FIEBRE, DIFICULTAD RESPIRATORIA EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS (15 DIAS)			
ESTADO DE EMBARAZO			
ESTA AISLADO			
TIPO DE AISLAMIENTO			
SUFRE DE LUPUS O ENFERMEDAD AUTOINMUNE			
VERIFICAR SI EL PACIENTE TIENE:			
MARCAPASO			
DESFIBRILADOR CARDIACO			
CLIP QUIRURGICOS, GRAPAS, INJERTOS O ENDOPROTESIS			
CLIP ANEURISMMA			
IMPLANTE COCLEAR			
ESPIRALES CEREBRALES / COILS			
MATERIAL DE OSTEOSINTESIS			
AUDIFONOS REMOVIBLES			
VALVULAS MECANICAS			
ESQUIRLAS POR ARMA DE FUEGO EN CUALQUIER PARTE DEL CUERPO			
IMPLANTES METALICOS EN EL CUERPO (SI/NO/DONDE)			
BRACKETS - PIERCINGS - TATUAJES			



**PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD, REALIZACION Y SEGUIMIENTO
DE AYUDAS DIAGNOSTICAS**

	LISTA DE CHEQUEO PACIENTES HOSPITALIZADOS	CODIGO: PS-for-02
		Fecha de actualización: 18/06/2019
		VERSION: 2
		PAGINA: 2 de 2

ESTA CONECTADO A VENTILADOR O TIENE DIFICULTADO RESPIRATORIA			
OTROS - INDAGAR AL PACIENTE			
SUFRE DIABETES			
CONSUME NETFORMINA			
SUFRE DE INSUFICIENCIA RENAL			
PESO DEL PACIENTE			
SUFRE DE PROCESOS ALERGICOS O ASMATICOS			
CUENTA CON ESTUDIOS ANTERIORES			
RIESGO DE CAIDA DE PACIENTES			
REQUIERE MEDIO DE CONTRASTE			
VALOR DE CREATININA			
SE HA REALIZADO ESTUDIOS DE AYUDAS DIAGNOSTICAS CON MEDIOS DE CONTRASTE LAS ULTIMAS 72 HORAS			
VENAS PERIFERICAS PERMEABLES			
IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:			
EXAMEN SOLICITADO			
FIRMA DEL MEDICO TRATANTE O RESPONSABLE QUE REALIZA EL CUESTIONARIO			



**PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD, REALIZACION Y SEGUIMIENTO
DE AYUDAS DIAGNOSTICAS**

6.3 Lista de verificación para el agendamiento de pacientes hospitalizado. EAPB (NEPS).



**Listado de Verificación para Agendamiento
de Pacientes Hospitalizados**

Código: ID-CALLC-IN-02-F03
Fecha de creación: 2020/12/14
Fecha de actualización: 2020/07/28
Versión: 07

Pág 1 de 2

NOTA: Recuerde que debe diligenciar todos campos y completar las dos paginas de acuerdo a la condición clínica del paciente.								
1. Datos de Identificación.								
Tipo de Documento							Fecha:	
Nro. De Identificación							Eps:	
Apellidos								
Nombres								
Edad.								
IPS Remisora:								
Ciudad:								
2. Información del Estudio.								
Examen Solicitado: (Por favor anotar nombre completo de estudio con anotaciones).								
Estudio Solicitado requiere Medio de Contraste?	Si				No			
En caso Afirmativo indique:	Creatinina				Fecha de Toma			
3. Diagnósticos.								
Diagnostico Principal								
Diagnosticos Secundarios								
Este formato puede estar acompañado de preguntas, filtros o documentos adicionales de acuerdo a las alertas sanitarias activas o a la normatividad vigente en la fecha que sea comentado el paciente.								
4. Antecedentes.								
Por favor maque con una X la opción que corresponda.								
4.1. Antecedentes Ginecológicos.								
Paciente en Estado de Embarazo?	Si				No			
En caso Afirmativo indique Tiempo de gestación en Semanas.								
4.2. Antecedentes Infectocontagiosos.								
Paciente con cuadro infeccioso?	Si				No			
En caso Afirmativo indique Fecha de inicio de Antibioticoterapia:						Nombre del Medicamento		
Requiere Aislamiento?	Si				No			
Tipo de Aislamiento	Aereo		Gotas		Contacto		Preventivo	
4.3. Antecedentes Renales .								
Paciente con Enfermedad Renal	Si				No			
Días de Terapia Dialítica								
Horario de Terapia Dialítica								

COPIA CONTROLADA


Elaborado por: Call Center
Aprobado por: Coordinación Call Center, Gestión de Calidad



CÓDIGO	PRO-TRA- 33
VERSIÓN	01
VIGENCIA	AGOSTO DE 2023

**PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD, REALIZACION Y SEGUIMIENTO
DE AYUDAS DIAGNOSTICAS**

6.4 Formato test para asignación de cita de procedimiento con sedación centro de endoscopias digestivas del valle EAPB (EMSSANAR).

	FORMATO TEST PARA ASIGNACION DE CITA PROCEDIMIENTO CON SEDACION	CODIGO: SEGA-F-001-21 VERSION: 02 VIGENCIA: 2021 PAGINAS: 1-1
---	--	--

Nombre completo del usuario: _____ **Edad:** _____

Numero de documento: _____ **Procedimiento:** _____

Peso: _____ **Talla:** _____ **Imc:** _____

Responda claramente la información referente a enfermedades que pueda padecer

Padece de Presión Arterial Alta: SI: ___ NO: ___ **Que medicamentos toma:** _____

Padece enfermedades del corazón: Marque cual: Arritmia - Corazón grande - Infartos

Le han realizado Cirugía de corazón: SI: ___ NO: ___

Le han realizado cateterismo cardiaco: SI: ___ NO: ___ **Tiene marcapaso:** SI: ___ NO: ___

Padece de EPOC: SI: ___ NO: ___ **Utiliza oxígeno:** SI: ___ NO: ___

Padece de diabetes: SI: ___ NO: ___ **Que medicamentos toma:** _____

Enfermedad de los riñones: SI: ___ NO: ___ **Cual:** _____
realiza diálisis: SI: ___ NO: ___ **Cual:** _____

Toma o se aplica anticoagulantes: SI ___ NO: ___ **Marque cual:** Warfarina coumadin asa ribaroxaban
Otros: _____

Padece de Estreñimiento: Si: ___ NO: ___

Ha presentado alergia a:

Anestesia en cirugía: SI: ___ NO: ___

Medicamentos: SI: ___ NO: ___ **Cuales:** _____

Alimentos: SI: ___ NO: ___ **Cuales:** _____

_____ **Nombre completo del solicitante**


_____ **Parentesco**

Nombre completo y sello del médico que diligencia



PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD, REALIZACION Y SEGUIMIENTO DE AYUDAS DIAGNOSTICAS

6.5 Lista de chequeo de síntomas respiratorios para ayudas diagnosticas realizadas en clínica occidente. EAPB (NEPS)

 Control Triage para identificación de riesgo en pacientes ambulatorios y hospitalizados con sospecha de Covid-19			
Nombre Paciente:		Barrio Residencia:	
Número ID:			
PREGUNTAS	SI	NO	OBSERVACIONES
1. ¿Tiene signos y/o síntomas respiratorios o gastrointestinales o los ha tenido en la última semana? Tos, Dolor de Garganta, Secreción nasal, Fiebre, Dolor de cabeza, Malestar general, Alteración de las percepciones del sabor y el olor, Dolor abdominal, Diarrea			
RESPUESTA: SÍ. NO PROGRAMAR PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO O CONSULTA. (DIRIGIR A LA EPS PARA CONSULTA PRIORITARIA)			
2. Identificación de riesgo familiar:			
¿Con cuantas personas convive?			
¿Convive con menores de 14 años o mayores de 60			
¿Los miembros de su familia han salido de casa?			
¿Qué actividad económica realiza?			
¿Ha salido de casa para desarrollar su actividad laboral u algún tipo de diligencia?			
¿Al salir de casa utiliza mascarilla y realiza higiene de manos?			
¿Al regresar a la casa cumple con el protocolo de higiene (desinfección de zapatos, retiro y lavado de ropa, baño inmediato)?			
EVIDENCIA DE NO CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE AISLAMIENTO AUMENTA EL RIESGO PARA EL PACIENTE Y SU RECUPERACIÓN			
3. Criterios de riesgo para la atención en salud .			
¿Es trabajador de la salud que tiene contacto con caso sospechoso o confirmado de COVID-19?			
¿Es persona adulta mayor de 60 años?			
¿Sufre de alguna de las siguientes enfermedades (diabetes, enfermedad cardiovascular, HTA, enfermedad cerebrovascular, enfermedad respiratoria crónica, cáncer, enfermedades autoinmunes, enfermedad renal, VIH, Tuberculosis, Asma y/u Obesidad)?			
¿Ha estado en contacto estrecho con personal de caso sospechoso o confirmado de COVID-19?			
¿Ha sido sospechoso o lo han diagnosticado con COVID-19? (Si la respuesta es afirmativa responder la siguiente pregunta)			
¿Tiene la prueba de diagnóstico de COVID-19?			
¿Viene remitido de una institución hospitalaria? ¿Cuál?			
¿En que servicio estuvo hospitalizado?			Urgencias: _____ Hospitalización: _____ Unidad de Cuidados Intensivos: _____
¿Cuántos días estuvo hospitalizado?			
SI ALGUNA DE LAS RESPUESTAS ES POSITIVA SE DETERMINA LA NECESIDAD DE REALIZAR EL PROCEDIMIENTO O CONSULTA CON TODAS LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD UNIVERSALES Y USO DE LOS EPP			
Recuerde las medidas preventivas			
Frecuente lavado de manos o mínimo cada dos (2) horas			
Uso de mascarilla al salir de casa o sitios concurridos (Transporte masivo, supermercado, instituciones de salud)			
En caso de presentar signos y síntomas respiratorios consulte a su IPS			
Conserve el distanciamiento social (dos (2) metros de distancia)			
Cumpla con el protocolo de ingreso a casa (desinfección de zapatos, retiro y lavado de ropa, baño inmediato)			



CÓDIGO	PRO-TRA- 33
VERSIÓN	01
VIGENCIA	AGOSTO DE 2023

PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD, REALIZACION Y SEGUIMIENTO DE AYUDAS DIAGNOSTICAS

6.6 Filtro respiratorio para ayuda diagnosticas realizadas en IDIME, EAPB (NEPS)



FORMATO CUESTIONARIO FILTRO RESPIRATORIO

Código: ID-PSVIG-IN-03-F01
Fecha de Creación: 2020/03/18
Fecha de Actualización: 2020/10/21
Versión: 07

Fecha: _____ **Sede:** _____ **Hora de Atención:** _____
Nombre: _____ **Documento:** _____
Edad: _____ **Ocupación:** _____
Teléfono: _____ **Registro de Temperatura:** _____ °C

1. Le han diagnosticado en los últimos 14 días COVID-19 o se encuentra en estudio para esta enfermedad? Si ___ No ___
2. ¿Usted ha presentado en los últimos 10 días alguno de los siguientes síntomas? Fiebre Cuantificada mayor o igual a 38 °C _____ Tos Reciente* _____ Dificultad Respiratoria _____ Dolor de Garganta _____ Fatiga
Diarrea _____ Alteración del olfato o del gusto _____ Lesiones Agudas en piel _____.
3. Usted presenta alguna de las siguientes situaciones de Riesgo para infección por COVID-19?
 - 3.1. En los últimos 14 días ha realizado viajes o transitó a zonas o ciudades con transmisión comunitaria del virus?
Si _____ No _____.
 - 3.2. Contacto estrecho con paciente probable o confirmado para COVID-19 en los últimos 14 días? Si _____ No _____.
4. Paciente es admitido en Sede para su atención? Si _____ No _____.

Nombre de quien diligencia Encuesta

La información consignada en este cuestionario obedece a lo informado por parte del usuario al momento de su ingreso a la Sede. Por lo tanto, la veracidad de la misma es responsabilidad del usuario al momento del interrogatorio

*Tos no mayor a 14 días, diferenciar de pacientes con patologías crónicas como Asma y EPOC.

COPIA CONTROLADA

Elaborado por: Paciente Seguro
Aprobado por: Dirección Paciente Seguro, Gerencia Médica,
Gestión de Calidad



CÓDIGO	PRO-TRA- 33
VERSIÓN	01
VIGENCIA	AGOSTO DE 2023

**PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD, REALIZACION Y SEGUIMIENTO
DE AYUDAS DIAGNOSTICAS**

7. Elaborado por:

Elaborado por: <i>ORIGINAL CON FIRMAS</i>	Revisado por: <i>ORIGINAL CON FIRMAS</i>	Aprobado por: <i>ORIGINAL CON FIRMAS</i>
Luis Hernando Escobar M. Líder Servicios Ambulatorios Samira Dinás Possú Líder Servicio de Hospitalización	David Martínez Pérez Subgerente Científico	David Martínez Pérez Subgerente Científico
Fecha: 15 de Agosto de 2.023	Fecha: 17 de Agosto de 2.023	Fecha: 17 de Agosto de 2.023

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	FECHA DE VIGENCIA
01	Creación del documento.	Agosto de 2023