|  |  |
| --- | --- |
| FECHA DE HISTORIA: | TIPO DE DOCUMENTO: |
| N° DE IDENTIFICACIÓN: | NOMBRES: |
| APELLIDOS: | EDAD: |
| DIRECCIÒN: | TELÉFONO-CEL: |
| ENTIDAD RESPONSABLE: | TIPO DE PACIENTE: |

ECOGRAFÍAS:

NÚMERO DE FETOS:

PRESENTACIÒN 1:

DBP 1: LCN 1: CC 1: CA 1: FCF 1: LF 1:

PESO: PLACENTA 1:

LIQUIDO AMNIOTICO:

PRESENTACIÒN 2:

DBP 2: LCN 2: CC 2: CA 2: FCF 2: LF 2:

PESO 2: PLACENTA 2:

LIQUIDO AMNIÓTICO 2:

|  |
| --- |
| OPINIÒN: |
| FECHA PROBABLE DE PARTO: |
| OBSERVACIONES: |
| NOTA: |

**INSTRUCTIVO PARA DILIGENCIAR EL FORMATO “REPORTE HISTORIA CLINICARESULTADOS DE ECOGRAFÍAS"**

**OBJETIVO:** Generar un reporte-registro oportuno en caso de contingencia cuando el sistema presente fallas.

**ALCANCE:** Aplica para la Auxiliar de Promoción y prevención- Ecografía de la E.S.E. Carmen Emilia Ospina.

***Para el diligenciamiento correcto del formato tenga en cuenta lo siguiente:***

**FECHA DE HISTORIA:** Registre el días, mes y año en que se realizó la toma de ecografía.

**TIPO DE DOCUMENTO:** Registre la clase de documento con que cuenta el paciente. Ejemplo: Tarjeta de identidad, Cedula de ciudadanía, pasaporte, Cedula de extranjería).

**N° DE IDENTIFICACIÓN**: Registre el número de identificación de la paciente.

**NOMBRE:** Registre los nombres(s) completos de la paciente.

**APELLIDOS:** Registrelos apellido(s) completos de la paciente.

**EDAD:** Registre el número de años de la paciente.

**DIRECCIÓN:** Registre el número de residencia de la paciente.

**TELÉFONO-CEL**: Registre el número telefónico de la paciente.

ENTIDAD RESPONSABLE: Registre el nombre de la entidad de la EPS correspondiente de la paciente.

**TIPO DE PACIENTE:** Corresponde al tipo de régimen del paciente.

**ECOGRAFIAS:** Registre el resultado de la toma de ecografía.

**NÚMERO DE FETOS**: Registre el número de fetos y/o embriones de la paciente.

**PRESENTACIÒN: 1** Registre el estado en que se encuentra el feto y en la posición.

**DBP 1** (Diámetro biparietal): Registre la medida de la longitud del cráneo del feto.

**LCN 1**: Registre la medida del tamaño del feto embrión.

**CC 1 (Circunferencia):** Registre la medida del cráneo (ancho) del feto.

**CA 1:** Registre la medida del perímetro abdominal del feto.

**FCF 1: (**Frecuencia cardiaca del feto): Registre el número de la medida de frecuencia cardiaca del feto y/o embrión.

**LF 1** (Longitud del fémur): Registre la medida de la longitud del fémur del feto.

**PESO**: Registre le número de gramos del feto.

**PLACENTA 1:** Registre la posición en que se encentra ubicada la placenta.

**LIQUIDO AMNIÓTICO**: Registre la cantidad de líquido que tiene alrededor del útero en el que está ubicado el feto.

**PRESENTACIÒN 2:** Aplica cuando se cuenta con más de un feto la paciente.

**OPINIÒN:** Registre el número de semanas y el estado en que se encuentra el feto y/o embrión – el estado de embarazo.

**FECHA PROBABLE DE PARTO**: Registre el día, mes y año probable de parto.

**OBSERVACIONES**: Registre el estado en que se encuentra el embarazo y las recomendaciones deacuerdo a la observación de la misma.

**NOTA:** Registre el motivo en que se generó el resultado de ecografía por medio físico (Ejemplo: Fallas de sistema)

|  |
| --- |
| **CONTROL DE CAMBIOS** |
| Versión | Descripción del Cambio | Fecha de aprobación |
| 1 | Elaboración del documento: Con la finalidad de contar con un registro oportuno dentro del subproceso “Imagenología” para los casos en que el sistema se caiga como plan de contingencia.  | 08/07/2019 |
| Nombre: Karla Mauren Montero CuellarCargo: Auxiliar de Promoción y prevención – Ecografía Nombre: Diana G. PatarroyoCargo: Apoyo profesional garantía de la calidad | Nombre: Mónica Bibiana Martínez Cargo: Coordinadora de Calidad | Nombre :Cesar Alberto Polania Cargo: Asesor técnico- Cientifico. |
| **Elaboró** | **Revisó** | **Aprobó** |