



HOJA DE CONTROL DE EMISIÓN Y REVISIÓN

No. Rev.	Pág (s). Afectadas	Naturaleza del Cambio	Motivo del Cambio	Fecha de Vigencia
0	--	Emisión	Emisión	24/Sep/2001
1	3-6	Modificación	Actualización	17/Jun/2003
2	3-4-5-6	Cambio de propósito. Alcance, definición	Se integra la Jefatura del Servicio de Auxiliares de Diagnostico y Tratamiento	16/Jun/2006
3	Todas	Modificación del Encabezado	Actualización	20/Jul/2007
4	Ninguna	Revisión	Actualización	20/Jun/2008
5	Ninguna	Revisión	Actualización	30/Ene/2009



HOJA DE CONTROL DE COPIAS

Esta es una copia controlada del procedimiento de Solicitud de estudio de Tomografía Axial computarizada
El original de este documento queda bajo el resguardo del Departamento de Recursos Humanos perteneciente a la
Subdirección Administrativa

La distribución de las copias controladas se realiza de acuerdo a la siguiente tabla:

Área Funcional	Copia No.
1. Dirección General	01
2. Subdirección Médica	02
3. Jefatura de Servicios Auxiliares y de Diagnostico	03
4. Medico Radiólogo	04
5. Técnico Radiólogo	05
6. Jefatura de Consulta Externa	06
7. Jefatura de Hospitalización	07
8. Jefatura de Medicina Critica	08
9. Jefatura de Informática y Estadística	09



1.- Propósito.-

Describir en forma ordenada y secuencial, las actividades que se efectúan en el servicio de Auxiliares de Diagnostico y Tratamiento a fin de que el usuario obtenga la prestación del servicio de manera oportuna y eficaz

2.- Alcance:

Se ha implementado el manual como un instrumento administrativo, para agilizar la prestación del servicio, a fin de facilitar el entendimiento congruencia y eficacia del procedimiento. El documento esta dirigido al personal que integra esta jefatura así como a las autoridades del hospital para su conocimiento y difusión

3.-Referencias.

Manual de Procedimientos de la jefatura del Servicio de Auxiliares de Diagnostico y Tratamiento.

4.-Responsabilidades

Es responsabilidad del Director General del Hospital del Niño Morelense promover y asegurar que este procedimiento se apruebe.

Es responsabilidad del Subdirector Medico de revisar y vigilar el cumplimiento de este procedimiento.

Es responsabilidad del Jefe del Servicio de Auxiliares de Diagnostico y Tratamiento de elaborar, revisar y vigilar el cumplimiento de este procedimiento.

Es responsabilidad, del personal Medico y técnico del servicio de radiología de conocer y llevar a cabo los procedimientos

5.-Definiciones:

Precisión: En la exactitud de la técnica, método, que se emplean para la ejecución de un procedimiento para obtener una calidad óptima

Técnica: Conjunto de procedimientos, recursos radiológicos y el cumpliendo de los mismos

6.-Método de Trabajo:

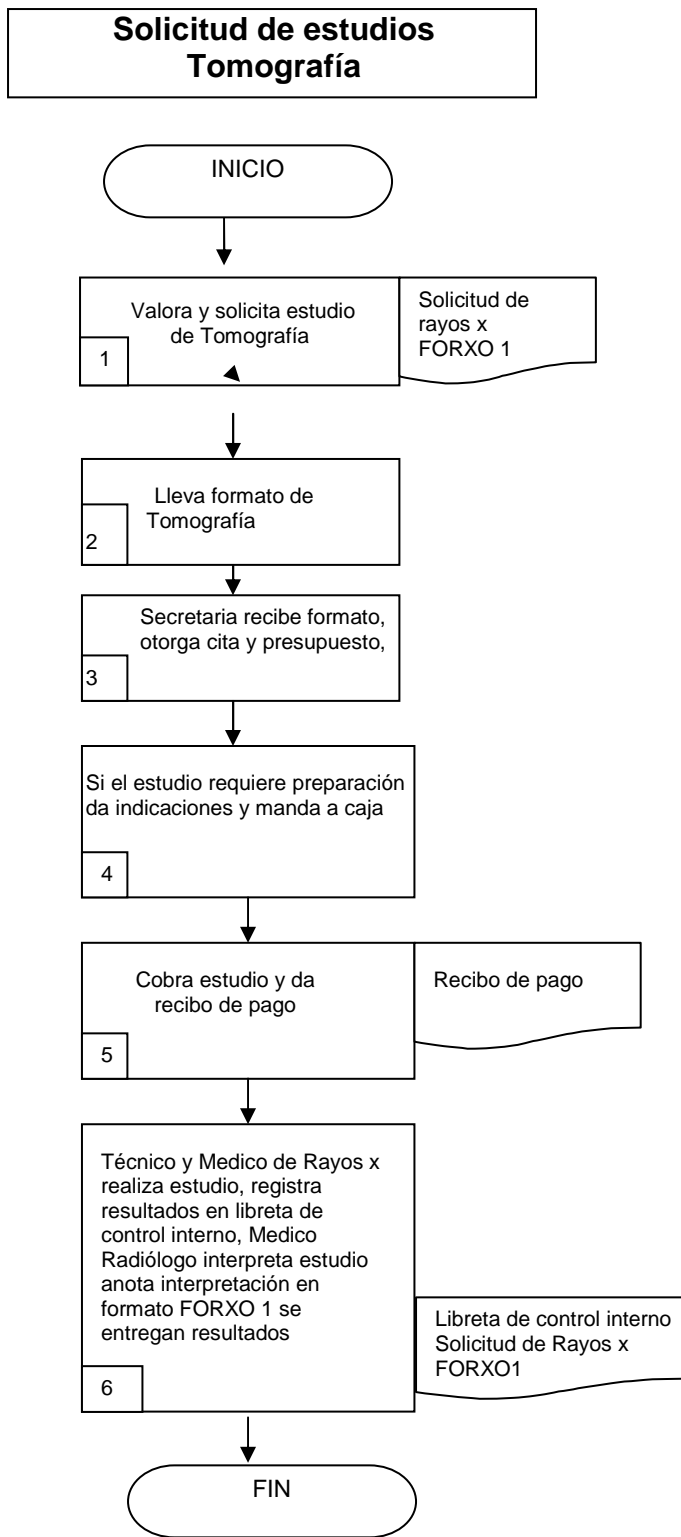
6.1. Diagrama de Flujo,

6.2 Descripción de Actividades

Elaboró Dra. Ma. Victoria Mata de Elías Jefe de Servicios Auxiliares y de Diagnostico	Revisó Dr. Juan Pablo Castañeda Saldivar Subdirector Medico del Hospital del Niño Morelense	Autorizó Dr. Melquisedec Piedragil Ayala Director General del Hospital del Niño Morelense
30 de Enero 2009	30 de Enero 2009	30 de Enero 2009



6.1 Diagrama de Flujo:





6.2 Descripción de Actividades: Solicitud de estudios de Tomografía Axial computarizada

Paso	Responsable	Actividad	Documento de Trabajo (No. de Control)
1	Medico tratante	Valora al paciente y solicita estudios de Tomografía	Formato de Rayos X Forxo 1
2	Usuario	Lleva formato a recepción de Rayos x	Formato de Rayos X FORXO 1
3	Secretaria	-Recibe formato. -Otorga cita y presupuesto -En caso de que el estudio requiera preparación, da indicaciones -Manda usuario a caja	Formato de Rayos X FORXO 1
4	Caja	-Da recibo de pago al usuario	Recibo de pago
5	Enfermera	-Checa que el recibo y el formato sean correctos -indica al usuario esperar su turno. -pasa al usuario a toma de estudio	-Recibo de Pago -Fo5rmato de Rayos X FORXO 1
6	Técnico y Medico de Rayos X	-Realiza estudio solicitado. -Registra resultados en libreta de control interno -Medico radiólogo interpreta estudio y anota interpretación en el formato FORXO1 -Entrega resultados de estudios	Formato de Rayos X FORXO 1



7. Registros de Calidad:

No.	Documentos (Clave)	Responsabilidad de su Custodia	Tiempo de Retención
1	FORXO 1	Jefatura de auxiliares de diagnostico y tratamiento	5 años

8. Anexos:

Anexo No.	Descripción	Clave
1	Solicitud de estudio de Estudio de Tomografía Axial computarizada	FORXO 1



Formato

HOJA DE RAYOS X



Secretaria de Salud de Morelos
Hospital del Niño Morelense
Subdirección Médica Radiología Clínica

PACIENTE: [1]
APELLIDO PATERNO [2] APELLIDO MATERNO NOMBRE(S) [4]
EDAD: [5] REGISTRO: [3] SERVICIO: [4]
FECHA: [5] / [5] / [5] HORA CITA RX: [6] FECHA SOLICITUD: [7] / [7] / [7]

[8] [] URGENTE [] PRIMERA VEZ [] SUBSECUENTE
[] PROGRAMAR [] SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO Y ULTRASONIDO

DATOS CLÍNICOS Y E.F.: [9]

DX. PRESUNCIONAL: [10]

TOMOGRADÍA COMPUTADA DE: [11]

REALIZADA EN: [12]

MÉDICO TRATANTE: [13]

NOMBRE

FIRMA

DESCRIPCIÓN RADIOLÓGICA:

[14]

DX: [15]

[16]

MEDICO RADIOLÓGICO

[17]

FECHA DE ESTUDIO

ANOTACIONES TÉCNICAS:

[18]

PLACAS UTILIZADAS 5x7 () 6x8 () 8x10 () 10x12 () 11x14 () 14x14 () 14x17 ()

PLACAS DESECHADAS 5x7 () 6x8 () 8x10 () 10x12 () 11x14 () 14x14 () 14x17 ()

MEDIOS DE CONTRASTE: [19]

[20]

OTROS MATERIALES:

TÉCNICO RADIOLOGO

[21]



Instrucciones de llenado

HOJA DE RAYOS X

NUMERO	CAMPO	DESCRIPCIÓN
1	Paciente	Nombre y apellidos del paciente
2	Edad	Edad del paciente al ingreso al servicio de Hospitalización (años, meses y días)
3	Registro	Numero de identificación que Trabajo Social asigna al paciente que es ingresado al servicio de hospitalización y/o a cualquier servicio o ya tenga apertura de expediente
4	Servicio	Servicio que requiere el estudio radiológico
5	Fecha	Fecha en la que se programa el estudio
6	Hora cita a R. X	Hora en que tiene programado el estudio
7	Fecha solicitud	Fecha en la que se hace la solicitud de estudio
8	Tipo de solicitud	Si la solicitud es de carácter urgente u ordinaria, si es paciente de primera vez o subsecuente
9	Datos clínicos	
10	Diagnostico presuncial	Diagnostico por el que se le envía esperando la confirmación por el estudio o para descartar
11	Tomografía computada de	En caso de que la solicitud sea una tomografía especificar de que área se requiere
12	Realizada en	
13	Medico tratante	Nombre y firma del medico tratante
14	Descripción radiológica	La realiza el medico radiólogo en base al resultado o impresión de los estudios realizados
15	Diagnostico	Se da un diagnostico
16	Medico radiólogo	Nombre y firma del medico radiólogo
17	Fecha de estudio	Fecha en la que se realizo el estudio



18	Anotaciones técnica	Cuantas placas fueron utilizadas con el paciente y en caso de tener placas desechadas también poner el numero
19	Medios de contraste	En caso de utilizar algún medio de contraste se especifica cual fue
20	Otros materiales	Si se utilizo algún otro material se escribe cual fue
21	Técnico radiólogo	Nombre y firma del técnico radiólogo



Formato

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE USO DE MEDIO DE CONTRASTE



**Hospital del Niño Morelense
Servicio de Imaginología**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EMPLEO DEL MEDIO DE CONTRASTE

El estudio de imagen que solicita su medico requiere de administración de un liquido llamado - MEDIO DE CONTRASTE, iodado (en baja concentración) por vía intravenosa. El cual ayuda a visualizar ciertos órganos y vasos sanguíneos, en la mayoría de los pacientes la aplicación de este medicamento no presenta ninguna complicación sin embargo, como cualquier fármaco y no obstante que el departamento de imaginología de este nosocomio utiliza medios de contraste no iónicos y de alta calidad y de mejor tolerancia por el organismo, siempre existe la posibilidad ocasionar reacciones adversas e indeseables, las cuales generalmente son leves.

Le sugerimos conteste lo siguiente.

NOMBRE: 1 2 3
 EDAD: 4 FECHA :
 TIPO DE ESTUDIO: 5
 NOMBRE DEL MEDICO SOLICITANTE:

El estudio de Imagen que se le va a realizar requiere la administración de un líquido

(si) 6 (No) 7

¿A que es alérgico? 8

¿Cuáles son los síntomas que presenta? 9

4.- ¿Tiene Asma? (Si) 10

¿Toma algún medicamento para prevenir esta alergia? 11

5.- ¿Tiene problemas Cardíacos? 12 (Si) 13 (No)

¿Qué enfermedades padece?

¿Toma algún medicamento?

6.- Se ha transfundido: 14 (si) 15 (no)

¿Que medicamentos toma 16

7.- ¿Esta embarazada y lactando a su bebe con leche materna?: 17

Yo (nombre del usuario)

Estoy conciente que para la realización del estudio es necesario la administración del Medio de Contraste, para la obtención de un mejor diagnostico por imagen, por lo cual autorizo al personal medico y paramédico del departamento de imaginología, administren el material de contraste necesarios para la realización del procedimiento.



Hospital del Niño Morelense Servicio de Imaginología

FIRMA DE CONFORMIDAD

18

TESTIGO

19

TESTIGO

20

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA

Comentarios:

Tipo de contraste-----

Volumen de contraste-----

Reacción (No) (Si) Especificar-----

Tratamiento-----

Evolución-----

EN CASO DE EXTRAVASACION DEL MEDIO DE CONTRASTE INDICAR:

Sitio de punción-----Cantidad de

Contraste administrado (ml) -----

Tratamiento-----

Evolución-----



POLITICAS DEL PROCEDEMIENTO DE SOLICITUD FE TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA:

1.-El procedimiento descrito tiene carácter de obligatorio, para todo el personal adscrito a la Jefatura de servicios Auxiliares de Diagnostico y tratamiento. Será el titular del área y los jefes de servicio los encargados de distribuir y supervisar su aplicación.

2.-Siempre debe saludarse al usuario y darle un trato amable.

3.-El medico Radiólogo y/o técnico se presenta con el paciente.

4.-Indicarle que estamos para atenderle.

5.-Deberá explicársele en que consiste su estudio.

6.-Los resultados del estudio deberán ser interpretados por el medico radiólogo, por escrito con los datos del medico como son nombre. No de cedula de especialidad y firma en la hoja FORXO 1.

7.-Se deberá cuidar siempre el pudor del paciente.

8.-No se dan citas, indicaciones ni presupuestos de estudio de Tomografía Axial computarizada

Vía telefónica.

9.- El dosímetro debe ser colocado adecuadamente y es de uso individual. El equipo no debe salir del hospital.

10.-Llevar un control de entradas y salidas del material de contraste, películas radiográficas y medicamentos.

11.- El personal técnico radiólogo y la recepcionista, son encargados de prestar o hacer vales del o los estudios radiográficos y de archivar los mismos, se encarga al personal técnico radiólogo por turno o de acuerdo a la jornada, realizándose un rescate de los estudios y archivarlos debidamente de acuerdo a la numeración del registro asignada, por orden alfabético a los expedientes con folio..

12.- Registra debidamente en la bitácora de control de los estudios de Rayos X que son entregados a este departamento. El técnico radiólogo debe anotar diariamente el nombre completo, fecha, edad, tipo de estudio y no de radiografías impresas recibidas.