



↑ Capacidade Resolutiva

Acceso á probas

(M.Do Muiño Joga/Ana Clavería Fontán)

CAPACIDADE RESOLUTIVA

- **Endoscopia Dixestiva en AP**
 - **Petición única**
 - **Cita papel/electrónica**
 - **Consentimento informado**

- **Test do Alento e Colonoscopia**
 - **Suministros Xerencias Primaria**
 - **Control Farmacia A. E./ A. Primaria/ Enfermería**
 - **Circuitos actuais XAE / XAP de resultado**

CAPACIDADE RESOLUTIVA

1. NORMAS PARA A REALIZACIÓN DO TEST DE UREASA:

- El enfermo **vendrá en ayunas** (no tomará ningún alimento –ni sólido ni líquido- desde la noche anterior).
- Desde dos días antes de la prueba **deberá evitar** la ingesta de alimentos que contengan **maíz, patatas o legumbres**.
- **No debe fumar** al menos desde la noche anterior.
- Si está tomando algún **medicamento para inhibir la secreción de ácido gástrico** (omeprazol, lansoprazol, pantoprazol, rabeprazol o esomeprazol) o algún fármaco que contenga bismuto, deberá dejar pasar al menos **2 semanas sin tomar esa medicación** antes de realizar el test.
- Si está tomando o ha tomado algún **antibiótico**, debe dejar pasar al menos **4 semanas sin tomar esa medicación** antes de realizar el test.

2. PACIENTES QUE VAN A REALIZAR UNHA COLONOSCOPIA O UNA ENDOSCOPIA DIXESTIVA ALTA

- ¿ES EL PACIENTE DIABÉTICO?: Sí NO
 (Si el paciente sea diabético, la mañana de la exploración no se pondrá la insulina o no tomará el antidiabético oral y pondrá esto en conocimiento de la enfermera de la sala de exploraciones).
- ¿PADECE ALGUNA ALERGIJA?: Sí NO SEÑALELA:
- ¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD INFECCOCONTAGIOSA?: Sí NO SEÑALELA:
- ¿TIENE ALGÚN TRASTORNO DE LA COAGULACIÓN?: Sí NO SEÑALELO:
- ¿ESTÁ ANTICOAGULADO?: Sí NO FÁRMACO:
- ¿ESTÁ ANTIAGREGADO?: Sí NO FÁRMACO:
- ¿TIENE OTRAS ENFERMEDADES?: Sí NO SEÑALELAS:

OBSERVACIONES:

¡O DOENTE VIRÁ COA PREPARACIÓN QUE SE LLE INDIQUE! (Non tomará ningún alimento -ni sólido ni líquido- nas 6 h previas)

3. CONSENTIMIENTO INFORMADO:

¿FIRMOU O DOENTE O CONSENTIMIENTO INFORMADO?: Sí NON

¡EN NINGÚN CASO SE REALIZARÁ LA ENDOSCOPIA SIN ESTE REQUISITO!

(El paciente entregará el formulario de consentimiento informado firmado en la Unidad de Endoscopias antes de la realización de la exploración).



TELÉFONO DE CONTACTO
 CIP
 Nº SS
 NOME
 DIRECCION
 DATA DA SOLICITUDE
 CENTRO DE SAUDE

PETICIÓN PROBAS A DIXESTIVO

□ H. PILORY: TEST DE ALENTO DE ¹³C-UREA

- Paciente con síntomas de **dispepsia recurrentes ou crónicos (>6 meses) e ausencia de síntomas de alarma** (anemia, síndrome xeral, masa palpable, disfagia ou vómitos severos)
- Control da erradicación do H. Pylori (polo menos 6 semans despois da finalización do tratamento erradicador)

¿Antecedentes de cirugía gástrica? SI NO
 Sinalea

Normas para realización del test: ver dorso

□ DISPEPSIA: SOLICITUDE DE ENDOSCOPIA DIXESTIVA ALTA

- VIA NORMAL
 - Paciente maior de 55 años con síntomas de recente aparición
 - Paciente con mala resposta o tratamento (tratamento escalonado con IBPS a dosis dobles / procinéticos durante 4 semanas e/o erradicación de h.pylori)

**Dosis dobles diarias de IBP: Omeprazol 40 mg, Lansoprazol 30 mg, Pantoprazol 40 mg, Rabeprazol 20 mg, Esomeprazol 40 mg.*

□ VIA PREFERENTE: "SÍNTOMAS DE ALARMA"

- Anemia
- Síndrome xeral
- Masa palpable
- Disfagia
- Vómitos severos

Tratamento previo recibido:
 IBP dosis duración
 Procinético dosis duración
 Otro dosis duración
 Test alento Positivo Negativo
 Tratamento erradicador realizado Si No
 Erradicación efectiva Si No
 Recibe outros tratamentos

□ RECTORRAXIA: SOLICITUDE DE COLONOSCOPIA

- VIA NORMAL
 - Rectorraxia en doente con historia familiar de cáncer de colon.
 - Rectorraxia en doente >50 años sin lesión anal que a xustifique.
 - Rectorrraxia en doente >50 años que persiste tras tratamento medico de lesion anal benigna.

□ VIA PREFERENTE: "SÍNTOMAS DE ALARMA"

- Alteración ritmo intestinal
- Anemia, síndrome general
- Tenesmo rectal
- Tacto: masa rectal
- Masa abdominal palpable

¿Toma tratamento? Si No
 Fármacos:

□ ERG: SOLICITUDE DE ENDOSCOPIA DIXESTIVA ALTA

- VIA NORMAL
 - Paciente con síntomas típicos de erge (> 2 veces por semana), sin resposta ao tratamento con IBPS a dosis dobles durante 4 semanas
 - Paciente asintomático, con ibps a dosis dobles, e con fracaso de 2 intentos de reducir a dose de ibp ao longo dun período dun ano

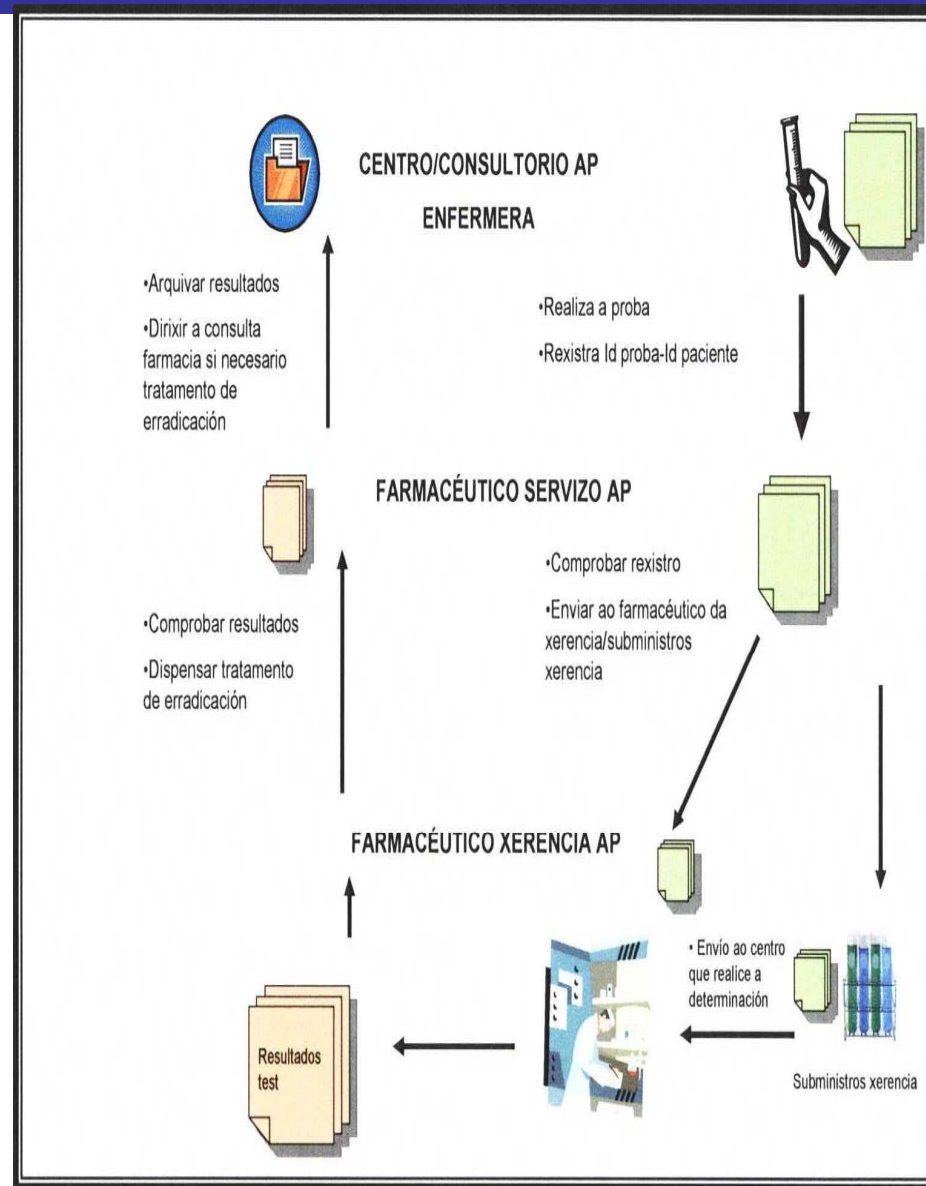
**Dosis dobles diarias de IBP: Omeprazol 40 mg, Lansoprazol 30 mg, Pantoprazol 40 mg, Rabeprazol 20 mg, Esomeprazol 40 mg.*

□ VIA PREFERENTE: "SÍNTOMAS DE ALARMA"

- Anemia
- Síndrome xeral
- Masa palpable
- Disfagia
- Vómitos severos

Tratamento previo recibido:
 IBP dosis duración
 Procinético dosis duración
 Otro dosis duración
 Test alento Positivo Negativo

CAPACIDADE RESOLUTIVA



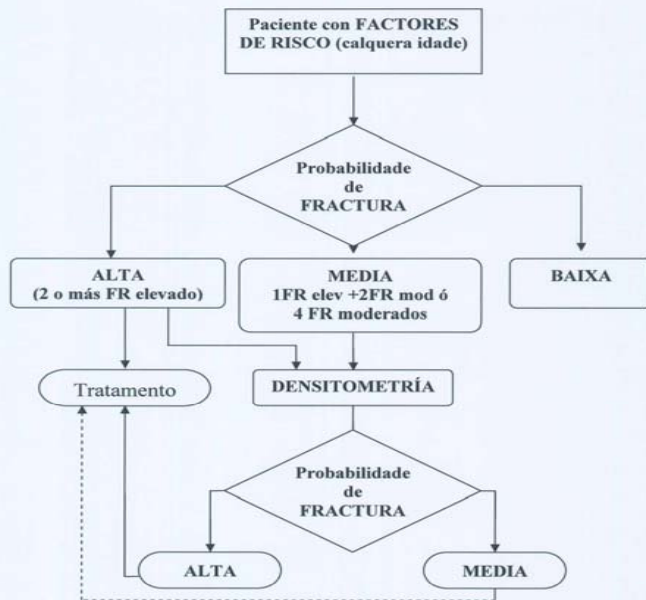
CAPACIDADE RESOLUTIVA

- **Densitometría en AP**
 - **CHUS, Ferrol y CHOU: Densitómetros**
 - **Resto das Áreas: Concertados**
 - **Autorización de uso**

- **Síndrome Túnel Carpiano en AP**
 - **Servizos de Admisión**
 - **Control MF/Reumatoloxía**
 - **Ciruxía Plástica/ COT (Unidades de Man)**

CAPACIDADE RESOLUTIVA

PROTOCOLO DE PETICION DE DENSITOMETRIA



TFNO MÓVIL
TFNO DE CONTACTO
CIP
Nº SS
NOME
DATA DA SOLICITUDE
MÉDICO PETICIONARIO
C. DE SAUDE/SERVIZO DE

SOLICITUDE DE DENSITOMETRIA

(Sinale con unha cruz o motivo da solicitude)

- 2 ou mais factores de risco (FR) ELEVADO ou
- 4 ou mais FR de risco MODERADO ou
- 1 ou mais FR de risco ELEVADO + 2 ou mais FR de risco MODERADO
- DENSITOMETRIA DE CONTROL (cada 2 anos)

RISCO ELEVADO DE FRACTURA ÓSEA

- Idade maior (> 70-80 anos)
- Baixo Peso Corporal (IMC< 20 Kg/m²) ou Peso< 40 Kg
- Perda de Peso (> 10% respecto do peso habitual)
- Inactividade física de forma regular
- Fractura osteoporótica previa
- Hiperparatiroidismo primario
- Diabetes Mellitus tipo I
- Anorexia Nerviosa
- Anemia Perniciosa
- Gastrectomia
- Corticóides (excepto inhalados ou dérmicos)
- Antiandrogénicos (Tto Ca Próstata)
- Inhibidores da "Aromatasa" (Tratamento Ca Mama)

RISCO MODERADO DE FRACTURA ÓSEA

- Sexo (muller)
- Consumo de tabaco activo
- Baixa ou nula exposición solar
- A. Familiares de fractura osteoporótica
- Menopausia precoz (<45 anos)
- Menarquia tardía (> 15 anos)
- Período fértil de menos duración (< 30 anos)
- Menopausia iatrogénica: RT, QT, Ooforect bilat, T Horn
- Hiperparatiroidismo
- Hipertiroidismo
- Diabetes Mellitus tipo II
- Artritis Reumatoide
- Menor Inxesta de Cálcio (500-850 mg/día)
- Non lactancia

PUNTUACION " FRAX" (RISCO DE FRACTURA AOS 10 ANOS SEGÚN A OMS):
(Páxina Web: <http://www.ac.uk/Frax>)

¿RECIBE ALGÚN TRATAMENTO HABITUAL?

NON

SÍ

FÁRMACOS:

¿REALIZOU DENSITOMETRIAS PREVIAS?

NON

SÍ

DATA:

¿TEN OUTRAS ENFERMIIDADES?

NON

SÍ

SINÁLEAS:

OBSERVACIÓNS:

CAPACIDADE RESOLUTIVA

INTERCONSULTA
SERVIZO DE ELECTROFISIOLOXÍA CLÍNICA



CENTRO DE SAÚDE:

DR/A:

DATA:

ASINADO:

Etiqueta de identificación do doente

SOSPEITA CLÍNICA SINDROME TÚNEL CARIANO PROTOCOLO DE SOLICITUDE DE ELECTRONEURONGRAFÍA

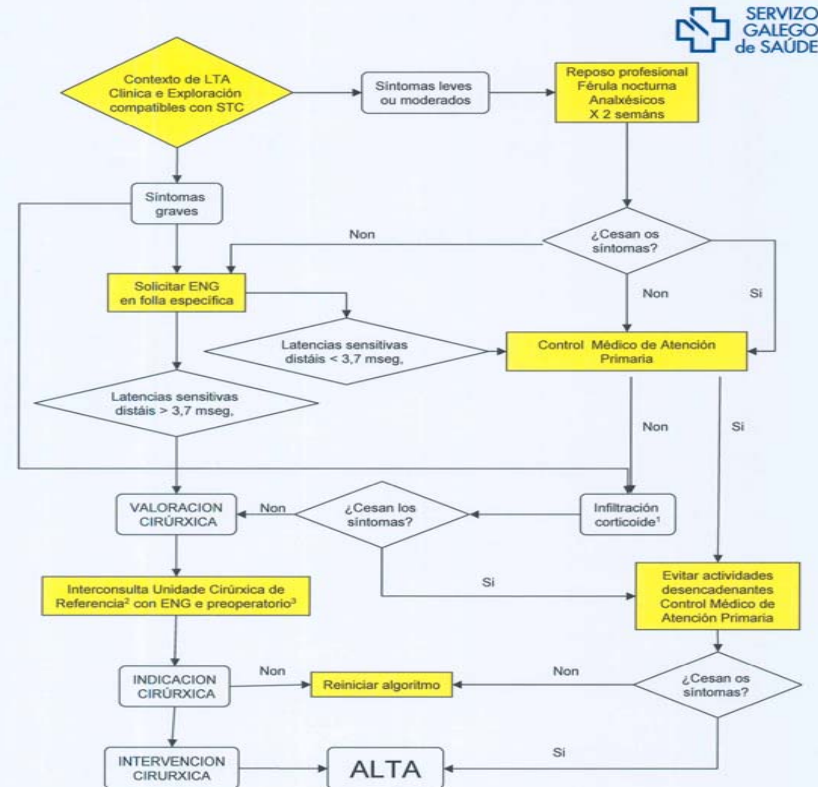
Man sintomática:	Dereita: <input type="checkbox"/>	Esquerda: <input type="checkbox"/>
Clinica Leve/Moderada:		
• Dor e/ou parestesias cara palmar de 1º, 2º, 3º e ½ do 4º dedo	Si: <input type="checkbox"/>	Non: <input type="checkbox"/>
• Debilidade da man afectada	Si: <input type="checkbox"/>	Non: <input type="checkbox"/>
Clinica Grave:		
• Dor e parestesias > 1 hora nocturnas en cara palmar	Si: <input type="checkbox"/>	Non: <input type="checkbox"/>
• Pérdida da dixitación fina (contar moedas,...)	Si: <input type="checkbox"/>	Non: <input type="checkbox"/>
• Déficit sensitivo identificable en pulpezos 1º, 2º, 3º e ½ 4º dedos	Si: <input type="checkbox"/>	Non: <input type="checkbox"/>
• Déficit motor do abductor curto o do oponente do pulgar.	Si: <input type="checkbox"/>	Non: <input type="checkbox"/>
• Atrofia da eminencia tenar (man simiesca)	Si: <input type="checkbox"/>	Non: <input type="checkbox"/>
Exploración física:		
• Signo de Flick positivo	Si: <input type="checkbox"/>	Non: <input type="checkbox"/>
• Test de compresión co manguito neumático do nervio mediano	Si: <input type="checkbox"/>	Non: <input type="checkbox"/>
• Test de Phalen positivo	Si: <input type="checkbox"/>	Non: <input type="checkbox"/>
• Test de Tinel positivo	Si: <input type="checkbox"/>	Non: <input type="checkbox"/>
• Outros tests positivos	Si: <input type="checkbox"/>	Non: <input type="checkbox"/>
Resultado do tratamento conservador (férula neutra+reposo+AINES+infiltración): Melloría/Desaparición dos síntomas	Si: <input type="checkbox"/>	Non: <input type="checkbox"/>

Esta solicitude é válida se están cubertos tódolos apartados e ten algún sintoma de gravidade (negrita)

A CUBRIR POLO SERVICIO DE ADMISIÓN:

Cumple criterios de solicitude de ENG:

Si: Non:



¹ A infiltración pode administrala o Médico de Familia, o Reumatólogo ou o Traumatólogo

² A Unidade Cirúrxica de Referencia pode ser COT (Unidade de Man) ou puede ser Cirurxía Plástica

³ Preoperatorio: Analítica (hematimetría, coagulación, glucosa, urea, creatinina e ións), Rx tórax e EKG

CAPACIDADE RESOLUTIVA

■ **Ecocardiografía en AP**

- **Responsabilidade Xurídica**
- **Circuito intrahospitalario si Eco patolóxica**
- **Axendas dinámicas?**
- **Medición aos 6 e 12 meses**

■ **Petición Radioloxía en IANUS**

- **Actualización Guía 2008**
- **Servicio Protección radiolóxica**
- **Implementación en SIDI**

CAPACIDADE RESOLUTIVA

	TEFONO MÓVIL TELÉFONO DE CONTACTO CIP Nº SS NOME FECHA DA SOLICITUDE MÉDICO PETICIONARIO C. DE SAUDE/SERVIZO DE
	SOLICITUDE DE ECOCARDIOGRAFIA (Sinala con unha cruz o motivo da solicitude)
<input type="checkbox"/> HIPERTENSION ARTERIAL ASINTOMÁTICA	<input type="checkbox"/> PATOLOXÍA DE PRÓTESES VALVULARES
<input type="checkbox"/> Refractaria ao tratamento con 3 fármacos	<input type="checkbox"/> Normofuncionante e asintomática ao 5º ano da cirurxía coa indicación de cardioloxía
<input type="checkbox"/> Con cardiomegalia radiográfica	<input type="checkbox"/> Segundo protocolo de seguimento de próteses valvulares
<input type="checkbox"/> Con Hipertrofia de Ventriculo Esquerdo polo EKG sen síntomas cardiovasculares	
<input type="checkbox"/> Con Bloqueo de Rama Esquerda	
OBSERVACIÓNS: _____ _____	
¿REALIZOU ECOCARDIOGRAFIAS PREVIAS?	NON <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> DESCOÑECIDO <input type="checkbox"/> DATA:
¿TEN OUTRAS ENFERMIIDADES?	NON <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> SINÁLEAS:
OBSERVACIÓNS: _____ _____	

CAPACIDADE RESOLUTIVA

EUROPEAN COMMISSION

RADIATION PROTECTION 118

Update Mars 2008

Referral Guidelines For Imaging

Guidelines for Healthcare Professionals who prescribe Imaging Investigations involving Ionising Radiation

Final Report to the European Commission for Grant Agreement SUBV99/134996

University Court of the University of Aberdeen
Professor Gillian Needham and Professor Jeremy Grimshaw

Directorate-General for Energy and Transport
Directorate H — Nuclear Energy
Unit H.4 — Radiation Protection
2007

CLINICAL/DIAGNOSTIC PROBLEM	INVESTIGATION	RECOMMENDATION [GRADE]
A. Head (including ENT problems)		
Congenital disorders <i>(For children see section M)</i> A01	MRI	Indicated [B]
Acute stroke <i>(See also N01, N02)</i> A02	CT	Indicated [diagnosis B, treatment A]
	MRI	Specialised investigation [B]
	US carotids	Indicated only in specific circumstances [B]
Transient ischaemic attack (TIA) <i>(See also B05)</i> A03	CT	Indicated [B]
	US carotids	Indicated [B]
Demyelinating and other white matter disease A04	MRI	Indicated [A]
Space occupying lesion (SOL) A05	MRI	Indicated [B]
	CT	Indicated [B]

24

COMMENT	DOSE
Definitive exam for all malformations. CT may be needed to define bone and skull base anomalies. Sedation or GA may be required for infants and young children. <i>(For congenital disorders in children see M01 and M02)</i>	0
A policy of CT for most strokes as soon as reasonably possible is to be encouraged, but at least within 48 hours, as this will ensure accurate diagnosis of the cause, site, and appropriate primary treatment and secondary prevention.	II
MRI should be considered in young patients with stroke, in patients presenting late where it is essential to know whether they have previously had a haemorrhage, and in suspected posterior fossa stroke in patients in whom it is important to demonstrate the site of the stroke lesion.	0
Should only be performed in: (1) those with full recovery in whom carotid endarterectomy is contemplated for secondary prevention; (2) suspected dissection; or (3) young patients, whether disabling or non-disabling ischaemic stroke.	0
May be normal. Can detect established infarction and haemorrhage and exclude disease processes that can mimic stroke syndromes, such as glioma, extracerebral haemorrhage, and cerebritis.	II
To assess suitability for carotid endarterectomy or angioplasty. Angiography, MRA, and CTA are alternatives to show the vessels. MRI and NM can be used to show function.	0
MRI is viewed as the most sensitive and specific investigation for establishing a diagnosis of multiple sclerosis. The diagnosis is made by demonstrating dissemination of clinical events and lesions in space and time.	0
MRI is more sensitive for early tumours, in resolving exact position (useful for surgery), and for posterior fossa lesions. MRI may miss calcification.	0
CT is often sufficient in supratentorial lesions.	II

A. Head (including ENT problems)

25

CAPACIDADE RESOLUTIVA

Sidi 2.10.0600: jquirio - , - Microsoft Internet Explorer

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

Dirección http://assccihspre2/Sidi/ Ir Vínculos

XUNTA DE GALICIA CONSELLERÍA DE SANIDADE SISTEMA DE INFORMACIÓN DE DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN SERVICIO GALEGO de SAÚDE

USUARIO: JQUIRIO

Expendir

- Petición
 - Crear
 - Crear Urgentes
 - Revisar
 - Volantes
- Recepción
- Exploración
- Ligar Exp.
- Imágenes
- Informe
 - Interés
 - Consulta
 - Equipos
 - Personal
 - Consumo
- Parametrizar
- Conexión PACS
- Estadísticas
- Timers
- Fin

Minimizar

Petición - Crear

1 - Paciente 2 - Petición 3 - Justificación

NHC: [] T.I.S.: []

Nombre: [] Volante escan.: []

F.Nacimiento: []

Teléfono: [] Procedencia: [] Portátil Quiróf. Ámbito

Modo Cita: C. PRIMARIA INDIVIDUAL Fecha idónea para la cita: 10/11/2008

Servicio para el que se cita: []

HISTORIAL:

Exploración	Fecha	Lat.	Diagnóstico
-------------	-------	------	-------------

Organización de Grupos de Exploraciones []

Código Exploración: [] [] Dosis: mSv. Placas de Tórax Equivalentes:

Inicio

http://comunidad... Sidi 2.10.0600: jq... Búsqueda en el escritorio

20:02 lunes

CAPACIDADE RESOLUTIVA

Sidi 2.10.0600: jquirio - , - Microsoft Internet Explorer

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

Dirección http://assciihspre2/Sidi/ Ir Vínculos

XUNTA DE GALICIA CONSELLERÍA DE SANIDADE SISTEMA DE INFORMACIÓN DE DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN SERVICIO GALEGO de SAÚDE

USUARIO: JQUIRIO

Expandir

- Petición
 - Crear
 - Crear Urgentes
 - Revisar
 - Volantes
- Recepción
- Exploración
- Ligar Exp.
- Imágenes
- Informe
 - Interés
 - Consulta
 - Equipos
 - Personal
 - Consumo
- Parametrizar
- Conexión PACS
- Estadísticas
- Timers
- Fin

Minimizar

Petición - Crear

1 - Paciente 2 - Petición 3 - Justificación

Fecha: 10/11/2008 Estado: PENDIENTE DE VALORACIÓN Prioridad: NORMAL Volante Entregado

Traslado: A PIE Peticionario: Servicio TRA TRAUMATOLOGIA Facultativo: 119 QUILES DEL RIO, JAVIER

Servicio: Box: Modalidad: Desconocida Episodio: Adjunto:

Dirección de envío del estudio: Servicio TRA TRAUMATOLOGIA Facultativo: 119 QUILES DEL RIO, JAVIER

Financiación: Seguridad Social Garante: CONVENIO ASOC. ESP. PR. SOCORROS MUTUOS

Organización de Grupos de Exploraciones

Código Exploración: Buscar Dosis: mSv. Placas de Tórax Equivalentes: Aceptar

Inicio

http://comunidad... Sidi 2.10.0600: jq... Búsqueda en el escritorio 20:02 lunes

Microsoft Offic... Documento11 - M...

FISIOTERAPIA

- **Consenso Criterios Derivación**
 - Reunión Rehabilitadores
 - Protocolo Reumatoloxía
 - Guía de Actuacións en Fisioterapia en AP
- **Axenda electrónica de Rehabilitación.**
 - Implantación nas Áreas (Ferrol e Coruña)
 - Criterios de derivación ás UFAP
 - Cartera de Servizos das UFAP