

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
UNIDAD DE RADINEUROCIRUGÍA**



En virtud de que el **Manual de Procedimientos de la Unidad de Radioneurocirugía**, no tendrá cambios en sus procedimientos, y tomando en cuenta la medida ecológica establecida por la Unidad de Planeación en su Manual de Procedimientos (*Procedimiento 2.- Asesoría para la elaboración, sanción y actualización de manuales de*

ELABORÓ

Dr. Sergio Moreno Jiménez
Jefe de la Unidad de Radioneurocirugía

SUPERVISÓ

Dr. Adolfo Leyva Rendón
Director Médico

SANCIONÓ

Lic. Diana Patricia López Roldán
Jefa de la Unidad de Planeación

AUTORIZÓ

Dr. Miguel Ángel Celis López
Director General

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



**INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y
NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ**



MP-DM- 2.2

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Unidad de Radioneurocirugía

EDICIÓN 2004



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
1 DE 68

FECHA AUT.
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
DÍA MES AÑO
JUN. 30 2004
UNIDAD DE PLANEACION

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCIROGÍA

Í N D I C E

	HOJA
PRESENTACIÓN	2
I. OBJETIVO DEL MANUAL	3
II. MARCO JURÍDICO	4
III. PROCEDIMIENTOS	9
1. OTORGAMIENTO DE PRECONSULTA EN LA UNIDAD RADIONEUROCIROGÍA	10
2. OTORGAMIENTO DE INTERCONSULTAS DE RADIONEUROCIROGÍA	35
3. OTORGAMIENTO DE TRATAMIENTO DE RADIONEUROCIROGÍA	46
IV. AUTORIZACIÓN DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	68



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
2 DE 68

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCIRUGÍA

FECHA AUT.

Instituto Nacional de Neurología
y Neurocirugía "SSA"

DÍA	MES	AÑO
JUN. 30		2004

UNIDAD DE PLANEACIÓN

PRESENTACIÓN

EL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD DE RADINEUROCIRUGÍA ES UN DOCUMENTO DE APOYO TÉCNICO – ADMINISTRATIVO DIRIGIDO A EL PERSONAL QUE LABORA EN ELLA CON EL PROPÓSITO DE COADYUVAR EL ADECUADO DESEMPEÑO DE SUS FUNCIONES, YA QUE DESCRIBE DE LA MANERA CONCRETA Y SENCILLA LAS PRINCIPALES ACTIVIDADES QUE SE LLEVAN A CABO PARA DAR CUMPLIMIENTO A LOS OBJETIVOS Y FUNCIONES DESCRITAS EN EL MANUAL DE ORGANIZACIÓN DE LA PROPIA UNIDAD.

LA ACTUALIZACIÓN DEL PRESENTE, SE INSCRIBE EN EL CONTEXTO DE LOS CAMBIOS DERIVADOS DEL PROCESO DE MODERNIZACIÓN ADMINISTRATIVA EN INSTITUCIONES DE SALUD, POR LO CUAL SE EMITE HACIENDO HINCAPIÉ EN QUE DEBERÁ SER UN DOCUMENTO DINÁMICO QUE PERMITA INCLUIR LOS AVANCES DE MEJORAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
3 DE 68

FECHA AUT.

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCIRUGÍA

Instituto Nacional de Neurología		
DÍA	MES	AÑO
JUN.	30	2004
UNIDAD DE PLANEACIÓN		

I. OBJETIVO DEL MANUAL

ESTABLECER LOS PROCEDIMIENTOS, POLÍTICAS Y NORMAS NECESARIOS PARA ORIENTAR Y FACILITAR EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ENCOMENDADAS A LA UNIDAD DE RADIONEUROCIRUGÍA.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
4 DE 68

FECHA AUT.

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCIRUGÍA

DÍA	MES	AÑO
JUN. 30		2004

UNIDAD DE PLANEACION

II. MARCO JURÍDICO

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.

D.O.F. 5 - II - 1917

REF. D.O.F. 3 - II - 1983, 7 - IV - 1986, 10 - VIII - 1987, 6 - IV - 1990, 27 - VI - 1990, 6 - I - 1992, 28 - I - 1992, 5 - III - 1993, 20 - VIII - 1993, 3 - IX - 1993, 19 - IV - 1994, 31 - XII - 1994, 3 - VII - 1996, 22 - VIII - 1996, 20 - III - 1997, 26 - II - 1999, 8 - III - 1999, 11 - VI - 1999, 28 - VI - 1999, 29 - VII - 1999, 30 - VII - 1999, 13 - IX - 1999, 23 - XII - 1999

• LEYES

LEY ORGÁNICA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL.

D.O.F. 29 - XII - 1976

REF. D.O.F. 8 - XII - 1978, 31 - XII - 1980, 4 - I - 1982, 29 - XII - 1982, 30 - XII - 1983, 21 - I - 1985, 26 - XII - 1985, 14 - V - 1986, 24 - XII - 1986, 22 - VII - 1991, 21 - II - 1992, 25 - V - 1992, 28 - XII - 1994, 19 - XII - 1995, 15 - V - 1996, 24 - XII - 1996, 4 - XII - 1997, 4 - I - 1999, 18 - V - 1999

F. E. D.O.F. 2 - II - 1977, 18 - IV - 1968

ACLARACIÓN: D.O.F. 16 - V - 1996, 11 - II - 1998

LEY GENERAL DE SALUD.

D.O.F. 7 - II - 1968

REF. D.O.F. 27 - V - 1987, 23 - XII - 1987, 14 - VI - 1991, 7 - V - 1997, 26 - V - 2000

F. E. D.O.F. 6 - IX - 1968, 23 - VII - 1986, 18 - II - 1988, 12 - VII - 1991

ADICIONES: D.O.F. 21 - X - 1988, 24 - X - 1994, 26 - VII - 1995, 9 - VII - 1996

LEY SOBRE EL SISTEMA NACIONAL DE ASISTENCIA SOCIAL.

D.O.F. 9 - I - 1986

REF. D. O. F. 24 - VII - 1992

LEY FEDERAL DE LAS ENTIDADES PARAESTATALES.

D.O.F. 14 - V - 1986

REF. D.O.F. 24 - VII - 1992, 24 - XII - 1996, 23 - I - 1998

LEY DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD.

D.O.F. 26 - V - 2000



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
5 DE 68

FECHA AUT.

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCIRUGÍA

Instituto Nacional de Neurología		
DÍA	MES	AÑO
JUN. 30		2004
UNIDAD DE PLANEACIÓN		

• REGLAMENTOS

REGLAMENTO POR EL QUE SE ESTABLECEN LAS BASES PARA LA REALIZACIÓN DEL INTERNADO DE PREGRADO DE LA LICENCIATURA DE MEDICINA.

D.O.F. 9 - XII - 1983

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE CONTROL SANITARIO DE LA DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CADÁVERES DE SERES HUMANOS.

D.O.F. 20 - II - 1985

REF. D.O.F. 26 - XI - 1987

F. E. D.O.F. 9 - VII - 1985

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA.

D.O.F. 14 - V - 1986

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE CONTROL SANITARIO DE LA PUBLICIDAD.

D.O.F. 26 - IX - 1986

REF. D.O.F. 10 - VI - 1993

F. E. D.O.F. 30 - X - 1986

REGLAMENTO INTERIOR DE LA COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD.

D.O.F. 31 - X - 1986

REF. D.O.F. 28 - II - 1987

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD.

D.O.F. 6 - I - 1987

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE CONTROL SANITARIO DE ACTIVIDADES, ESTABLECIMIENTOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS.

D.O.F. 18 - I - 1988.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
6 DE 68

FECHA AUT.

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCIRUGÍA

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
DÍA MES AÑO
JUN. 30 2004
UNIDAD DE PLANEACION

CABE SEÑALAR QUE DE ESTE REGLAMENTO SE DEROGAN ARTÍCULOS POR LOS REGLAMENTOS DE INSUMOS PARA LA SALUD Y DE CONTROL SANITARIO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS PUBLICADOS EL 4 DE FEBRERO DE 1988 Y 9 DE AGOSTO DE 1999, RESPECTIVAMENTE, EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN.

REGLAMENTO GENERAL DE SEGURIDAD RADIOLÓGICA
D.O.F. 22 - IX - 1988

REGLAMENTO DE LA LEY FEDERAL DE LAS ENTIDADES PARAESTATALES.
D.O.F. 26 - I - 1990
REF. D.O.F. 7 - IV - 1995

REGLAMENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD.
D. O. F. 4 - II - 1998

REGLAMENTO DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN DE QUEJAS DE LA COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO.
D. O. F. 29 - IV - 1999

REGLAMENTO DE CONTROL SANITARIO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS.
D. O. F. 9 - VIII - 1999
1986

REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARÍA DE SALUD.
D.O.F. 5 - VII - 2001

- DECRETOS

DECRETO POR EL QUE SE DA A CONOCER LA FORMA OFICIAL DE LOS CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN Y DE MUERTE FETAL.
D.O.F. 21 - XI - 1986

DECRETO DE PRESUPUESTO DE EGRESOS DE LA FEDERACIÓN PARA EL EJERCICIO FISCAL DEL AÑO 2004.
D.O.F. 31 - XII - 2003



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
7 DE 68

FECHA AUT.

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCIRUGÍA

Instituto Nacional de Neurología

DÍA	MES	AÑO
JUN.	30	2004

UNIDAD DE PLANEACIÓN

- ACUERDOS DEL EJECUTIVO FEDERAL

ACUERDO POR EL QUE SE CREA LA COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD.
D. O. F. 19 - X - 1983

ACUERDO POR EL QUE SE ESTABLECE QUE LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL QUE PRESTEN SERVICIOS DE SALUD APLICARÁN, PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA, EL CUADRO BÁSICO, Y EN SEGUNDO Y TERCER NIVEL, EL CATÁLOGO DE INSUMOS.
D. O. F. 6 - XI - 1996

- ACUERDOS DEL SECRETARIO DEL RAMO

ACUERDO NÚMERO 79, RELATIVO A LA APLICACIÓN, INSTRUMENTACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL MANUAL PARA LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES Y ENVÍO DE MUESTRAS Y ESPECIMENES.
D.O.F. 22 - IX - 1988

ACUERDO NÚMERO 79, RELATIVO A LA APLICACIÓN, INSTRUMENTACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL MANUAL PARA LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES.

- NORMA OFICIAL MEXICANA

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-003-SSA2-1993, PARA LA DISPOSICIÓN DE SANGRE HUMANA Y SUS COMPONENTES CON FINES TERAPÉUTICOS.

D. O. F. 18 - VII - 1994

ACLARACIÓN D. O. F. 8 - IX - 1994

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-068-SSA1-1993, QUE ESTABLECE LAS ESPECIFICACIONES SANITARIAS DE LAS JERINGAS ESTÉRILES DESECHABLES DE PLÁSTICO.

D. O. F. 16 - I - 1995

ACLARACIÓN D. O. F. 24 - I - 1996



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
8 DE 68

FECHA AUT.

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCIRUGÍA

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
DIA MES AÑO

JUN. 30 2004

UNIDAD DE PLANEACION

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-025-SSA2-1994, PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN UNIDADES DE ATENCIÓN INTEGRAL HOSPITALARIA MÉDICA-PSIQUIÁTRICAS.
D.O.F. 16 - XI - 1995

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-073-SSA1-1993, ESTABILIDAD DE MEDICAMENTOS.
D. O. F. 8 - III - 1996
ACLARACIÓN D. O. F. 8 - VII - 1996

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.
D.O.F. 30 - IX - 1999



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
9 DE 68

FECHA AUT.

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCIRUGÍA

Inst. Nac. de Neurología y Neurocirugía "AFSS"	DÍA	MES	AÑO
	JUN	30	2004

UNIDAD DE PLANEACIÓN

III.- PROCEDIMIENTOS



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
10 DE 68

FECHA AUT.

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCRUGÍA

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía		
DÍA	MES	AÑO
JUN.	30	2004
UNIDAD DE PLANEACION		

PROCEDIMIENTO NO.1.- OTORGAMIENTO DE PRECONSULTA EN LA UNIDAD DE RADIONEUROCRUGÍA



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
11 DE 68

FECHA AUT.

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCRUGÍA

Insti	DÍA	MES	AÑO
	JUN.	30	2004

UNIDAD DE PLANTACIÓN

OBJETIVO

ESTABLECER LOS LINEAMIENTOS PARA EL OTORGAMIENTO DE UNA PRECONSULTA DE RADIONEUROCRUGÍA.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
12 DE 68

FECHA AUT.

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCRUGÍA

DÍA	MES	AÑO
JUN.	30	2004

UNIDAD DE PLANTACIÓN

POLÍTICAS Y/O NORMAS DE OPERACIÓN

- LOS PACIENTES QUE SOLICITEN PRECONSULTA DE RADIONEUROCIRUGÍA, DEBERÁN TRAER CARTA DE REFERENCIA DEL MÉDICO TRATANTE, CON UN PEQUEÑO RESUMEN CLÍNICO QUE INCLUYA REPORTES DE TRATAMIENTOS PREVIOS COMO OPERACIONES Y/O RADIACIÓN O RADIOCIRUGÍA; DIRIGIDA AL INSTITUTO, EN ATENCIÓN AL JEFE DE LA UNIDAD DE RADIONEUROCIRUGÍA.
- PARA LA ATENCIÓN EN PRECONSULTA TODO PACIENTE DEBERÁ ACUDIR CON SUS ESTUDIOS PREVIOS PARA SU VALORACIÓN, COMO SON RESONANCIA MAGNÉTICA, TOMOGRAFÍA, LAMINILLAS DE LA OPERACIÓN, REPORTE DE PATOLOGÍA O DE RADIOTERAPIA, EN SU CASO.
- EL PERSONAL DE LA COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA DE LA UNIDAD DEBERÁ SOLICITAR A LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES ACEPTADOS COMO CANDIDATOS A RADIONEUROCIRUGÍA, LA LECTURA Y AUTORIZACIÓN DE LA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.
- EL PERSONAL DE LA COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA DE LA UNIDAD SERÁ EL RESPONSABLE DE LLEVAR EL REGISTRO DE LAS CITAS, ANOTANDO EN LA LIBRETA DE REGISTROS FECHA Y HORA; ASIMISMO DEBERÁ ANOTAR LAS PRECONSULTAS QUE SEAN AUTORIZADAS POR EL JEFE DE LA UNIDAD.
- LOS PACIENTES QUE SE CITAN A PRECONSULTA DE RADIONEUROCIRUGÍA, DEBERÁN SER REFERIDOS POR NEURÓLOGOS Y/O NEUROCIRUJANOS EXTERNOS AL INSTITUTO TANTO LOCALES COMO FORÁNEOS.
- EL MÉDICO RADIONEUROCIRUJANO, DEBERÁ ATENDER EN CONSULTA EXTERNA, SÓLO A AQUELLOS PACIENTES QUE HAYAN SIDO CANALIZADOS EN SU PRECONSULTA A DICHA ESPECIALIDAD, DESPUÉS DE LA EVALUACIÓN DEL CASO POR EL / LOS MÉDICO(S) DE LA UNIDAD, Y HAYA SIDO ACEPTADA LA SOLICITUD DE PRECONSULTA Y ENVIADA AL PERSONAL DE LA COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA PARA SU PROGRAMACIÓN.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
13 DE 68

FECHA AUT.

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCRUGÍA

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía		
DÍA	MES	AÑO
JUN	30	2004
UNIDAD DE PLANEACIÓN		

- EL PERSONAL DE LA COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA DE LA UNIDAD, DEBERÁ SOLICITAR AL DEPARTAMENTO DE CONTROL Y REFERENCIA DE PACIENTES, EL NÚMERO DEL CONSULTORIO ASIGNADO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA
- LA PROGRAMACIÓN DE CITAS DE PRECONSULTA SE HARÁ A CARGO DEL DEPARTAMENTO DE CONTROL Y REFERENCIA DE PACIENTES, LOS MÉDICOS ADSCRITOS A LA UNIDAD, PODRÁN ACEPTAR CITA DE PRECONSULTA DE ACUERDO A LA CARGA DE TRABAJO



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

**HOJA
14 DE 68**

FECHA AUT.

ÁREA RESPONSABLE: UNIDAD DE RADIONEUROCIRUGÍA
PROCEDIMIENTO: 1.- PARA EL OTORGAMIENTO DE PRECONSULTA EN LA UNIDAD DE RADIONEUROCIRUGÍA

DÍA	MES	AÑO
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía		
JUN.	30	2004
UNIDAD DE PLANEACIÓN		

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
MÉDICO NEURÓLOGO Y/O NEUROCIJURANO EXTERNO	1	SE COMUNICA VÍA TELEFÓNICA O PERSONALMENTE CON LA UNIDAD DE RADIONEUROCIRUGÍA Y SOLICITA CITA PARA EVALUACIÓN DEL PACIENTE.
COORDINADORA ADMINISTRATIVA DE LA UNIDAD DE RADIONEUROCIRUGÍA	2	INFORMA AL MÉDICO QUE EL PACIENTE DEBE ACUDIR CON CARTA DE REFERENCIA DIRIGIDA AL INSTITUTO Y EN ATENCIÓN AL JEFE DE LA UNIDAD, SOLICITA NOMBRE, NÚMERO TELEFÓNICO Y NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EN LA QUE LABORA, INDICÁNDOLE QUE SE COMUNICARÁ CON ÉL EN CUANTO EL JEFE DE LA UNIDAD LE INFORME SOBRE LA POSIBILIDAD DE QUE EL PACIENTE SEA ATENDIDO, PARA DARLE FECHA DE LA CITA.
	3	INFORMA AL JEFE DE LA UNIDAD SOLICITANDO SU AUTORIZACIÓN PARA LA PRECONSULTA.
JEFE Y/O MÉDICO ADSCRITO DE LA UNIDAD DE RADIONEUROCIRUGÍA	4	ANALIZA EL CASO Y DECIDE: SI: AUTORIZA PRECONSULTA Y SE COMUNICA CON EL MÉDICO NEURÓLOGO Y NEUROCIJURANO PARA INFORMARLE LA FECHA DE LA CITA. NO: SOLICITA AL COORDINADOR ADMINISTRATIVO LO COMUNIQUE CON EL MÉDICO PARA EXPLICAR EL MOTIVO POR EL QUE EL PACIENTE NO PUEDE SER CANDIDATO A PRECONSULTA.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

**HOJA
15 DE 68**

FECHA AUT.

ÁREA RESPONSABLE: UNIDAD DE RADIONEUROCIROGÍA
PROCEDIMIENTO: 1.- PARA EL OTORGAMIENTO DE PRECONSULTA EN LA UNIDAD DE RADIONEUROCIROGÍA

DÍA	MES	AÑO
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "MVS"		
JUN, 30	2004	
UNIDAD C. P.		ON

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
COORDINADORA ADMINISTRATIVA DE LA UNIDAD DE RADIONEUROCIROGÍA	5	INFORMA EN EL DEPARTAMENTO DE CONTROL Y REFERENCIA DE PACIENTES, EL HORARIO Y LOS NOMBRES DE LOS PACIENTES CITADOS A RADIONEUROCIROGÍA.
PACIENTE	6	ACUDE AL MÓDULO DE CONTROL DE CITAS Y PROPORCIONA SU NOMBRE PARA DAR AVISO DE SU LLEGADA.
COORDINADORA ADMINISTRATIVA DE LA UNIDAD DE RADIONEUROCIROGÍA	7	RECIBE AL PACIENTE, REVISA SUS DATOS, ASÍ COMO QUE ACUDA CON SU CARTA DE REFERENCIA Y ESTUDIOS PREVIOS.
	8	CANALIZA AL PACIENTE CON EL JEFE Y/O MÉDICO ADSCRITO DE LA UNIDAD DE RADIONEUROCIROGÍA.
JEFE Y/O MÉDICO ADSCRITO DE LA UNIDAD DE RADIONEUROCIROGÍA	9	INTERROGA, EXPLORA Y ELABORA NOTA MÉDICA EN HOJA DE EVOLUCIÓN
	10	DE ACUERDO A SU VALORACIÓN CLÍNICA, DETERMINA SI EL PACIENTE ES CANDIDATO A TRATAMIENTO DE RADIONEUROCIROGÍA.
		DECIDE:
		SI: EMITE DIAGNÓSTICO, REQUISITA CORRECTAMENTE SOLICITUD DE ESTUDIO DE RESONANCIA MAGNÉTICA Y LO CANALIZA CON LA COORDINADORA ADMINISTRATIVA.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
16 DE 68

FECHA AUT.

ÁREA RESPONSABLE: UNIDAD DE RADINEUROCIROLOGÍA
PROCEDIMIENTO: 1.- PARA EL OTORGAMIENTO DE PRECONSULTA EN LA UNIDAD DE RADINEUROCIROLOGÍA

DÍA	MES	AÑO
JUN.	30	2004

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "M/S"
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
PACIENTE	11	NO: EMITE REPORTE ESCRITO EN HOJA DE CONTRARREFERENCIA DIRIGIDA AL MÉDICO QUE ENVIÓ AL PACIENTE A LA INSTITUCIÓN.
COORDINADORA ADMINISTRATIVA DE LA UNIDAD DE RADINEUROCIROLOGÍA	12	ACUDE CON LA COORDINADORA ADMINISTRATIVA
PACIENTE	13	CANALIZA AL PACIENTE DEPARTAMENTO DE CONTROL Y REFERENCIA DE PACIENTES, PARA QUE LE DEN CITA PARA SU HISTORIA CLÍNICA Y AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL PARA QUE LE REALICEN ESTUDIO SOCIOECONÓMICO. CANALIZA AL PACIENTE CON EL JEFE DE LA UNIDAD DE RADINEUROCIROLOGÍA. (CONTINÚA CON EL PROCEDIMIENTO "OTORGAR CONSULTA DE 1ª VEZ A PACIENTES EN CONSULTA EXTERNA")
COORDINADORA ADMINISTRATIVA DE LA UNIDAD DE RADINEUROCIROLOGÍA	14	UNA VEZ OBTENIDO EL CARNET VERDE, PASA CON LA COORDINADORA ADMINISTRATIVA.
PACIENTE	14	ENTREGA AL PACIENTE CARNET BLANCO ANOTANDO FECHA DE CITA, LO CANALIZA CON EL SUBDIRECTOR DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PARA LA AUTORIZACIÓN DEL ESTUDIO, INDICÁNDOLE QUE POSTERIORMENTE DEBERÁ ACUDIR A LA UNIDAD DE RESONANCIA MAGNÉTICA PARA QUE LE PROPORCIONEN CITA DE ESTUDIO.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
17 DE 68

FECHA AUT.

ÁREA RESPONSABLE: UNIDAD DE RADIONEUROCIROGÍA
PROCEDIMIENTO: 1.- PARA EL OTORGAMIENTO DE PRECONSULTA
EN LA UNIDAD DE RADIONEUROCIROGÍA

DÍA	MES	AÑO
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "MVS"		
JUN. 30	2004	
UNIDAD DE PLANEACIÓN		

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
PACIENTE	15	ACUDE A TRAMITAR LA AUTORIZACIÓN DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA CON MEDIO DE CONTRASTE A LA DIRECCIÓN MÉDICA O CON LOS SUBDIRECTORES MÉDICOS Y POSTERIORMENTE SE TRASLADA A RESONANCIA MAGNÉTICA CON SU CARNET Y SOLICITUD DE ESTUDIO AUTORIZADA.
PERSONAL DE RECEPCIÓN DE RESONANCIA MAGNÉTICA	15	SOLICITA CARNET BLANCO Y SOLICITUD DE ESTUDIO AUTORIZADA AL PACIENTE Y ANOTA FECHA DE ESTUDIO ENTREGA CARNET Y SE QUEDA CON LA SOLICITUD DE ESTUDIO.
PACIENTE	16	REGRESA CON LA COORDINADORA ADMINISTRATIVA DE LA UNIDAD DE RADIONEUROCIROGÍA.
COORDINADORA ADMINISTRATIVA DE LA UNIDAD DE RADIONEUROCIROGÍA	17	SOLICITA CARNET, INFORMA AL PACIENTE COSTOS, Y LO REGISTRA PARA DARLE CITA DE TRATAMIENTO, SOLICITÁNDOLE SUS DATOS.
	18	SOLICITA LA FIRMA DEL FAMILIAR Y/O RESPONSABLE LEGAL EN LA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, REGRESA EL CARNET Y ARCHIVA LA CARTA PARA ANEXARLA AL EXPEDIENTE CLÍNICO.
		CONTINUA PROCEDIMIENTO NO. 3
		TERMINA PROCEDIMIENTO



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

**HOJA
18 DE 68**

FECHA AUT.

DÍA	MES	AÑO
------------	------------	------------

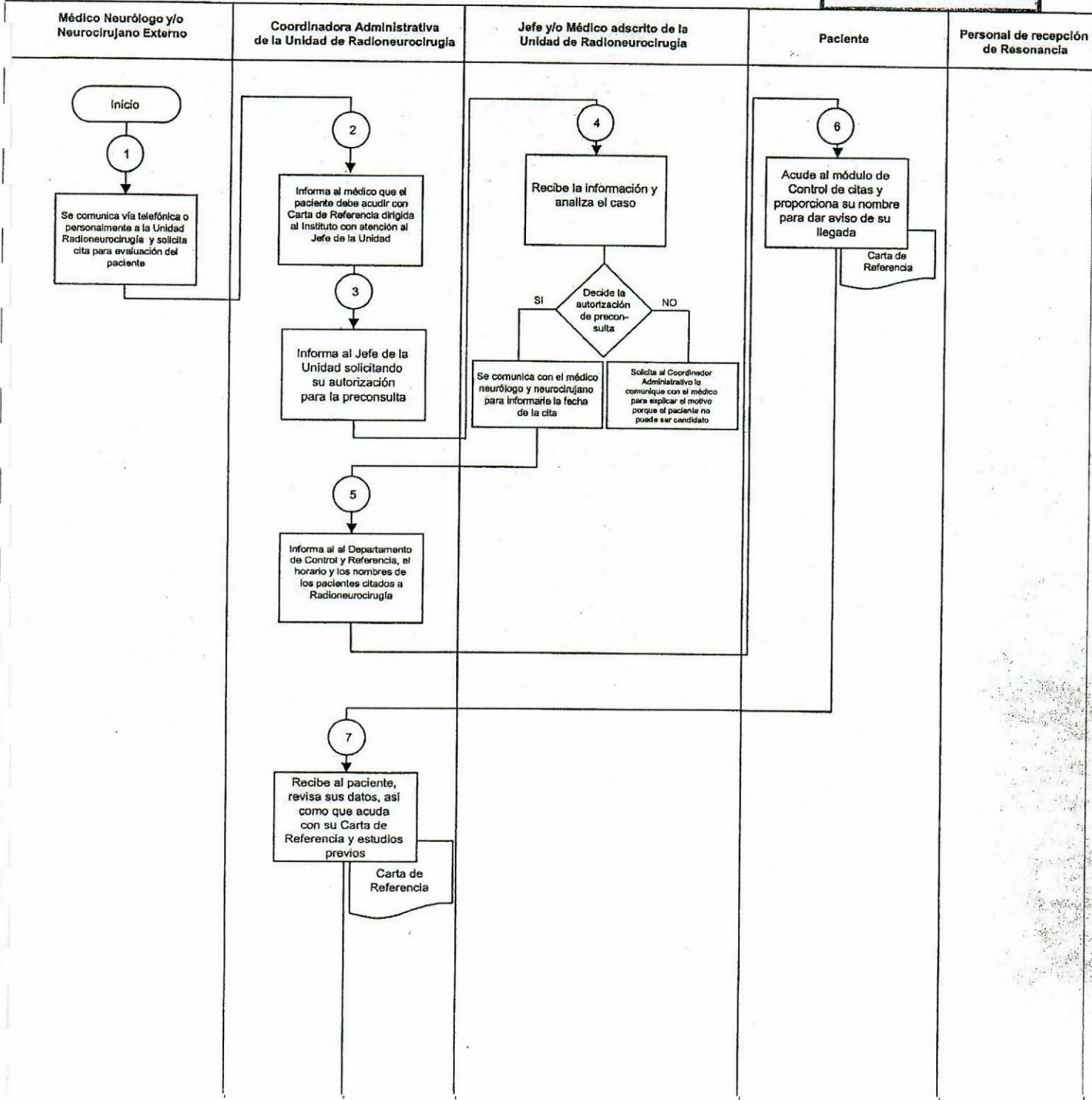
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "MVS"	UNIDAD DE PLANEACIÓN
---	----------------------

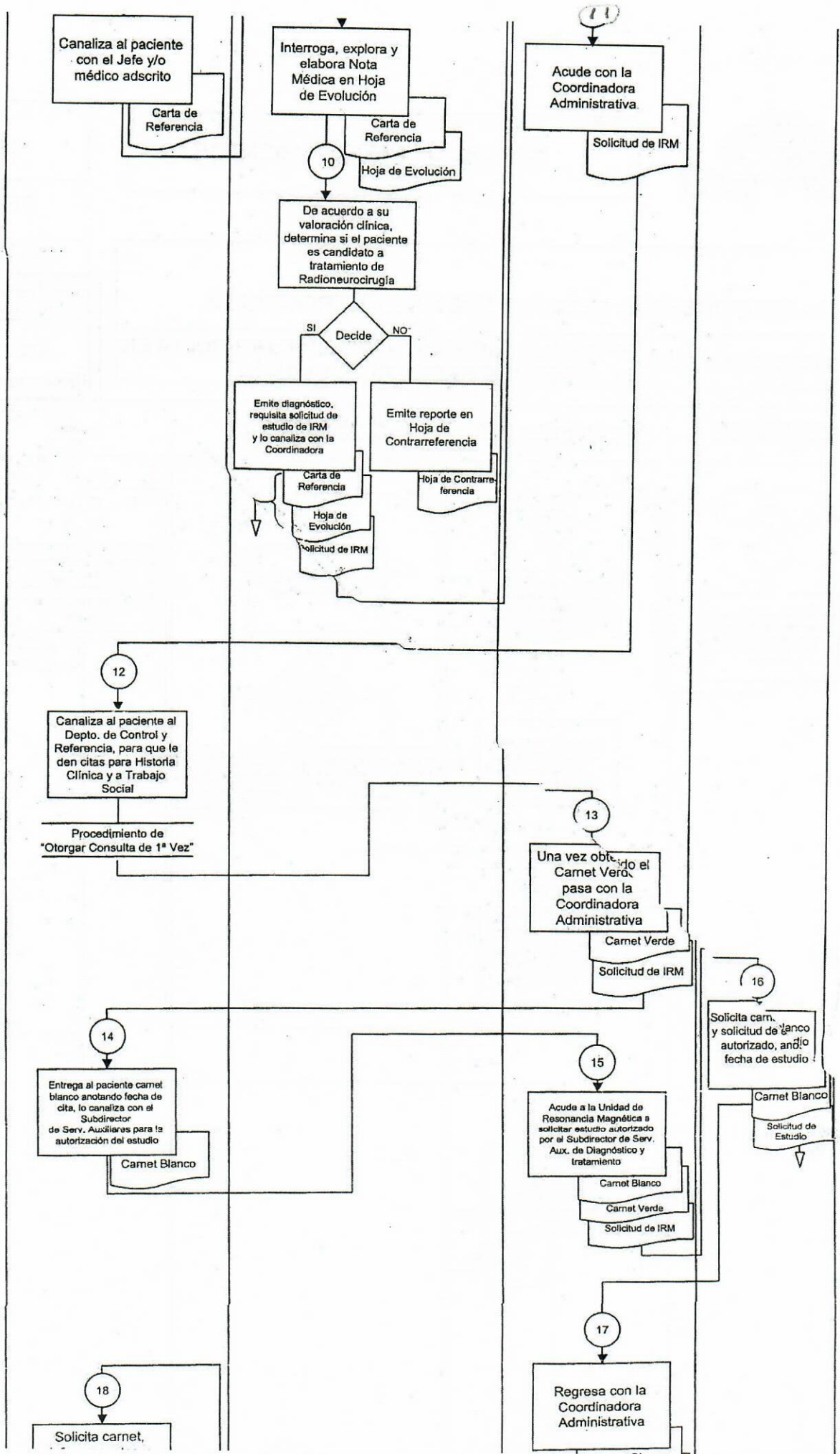
JUN. 30	2004
---------	------

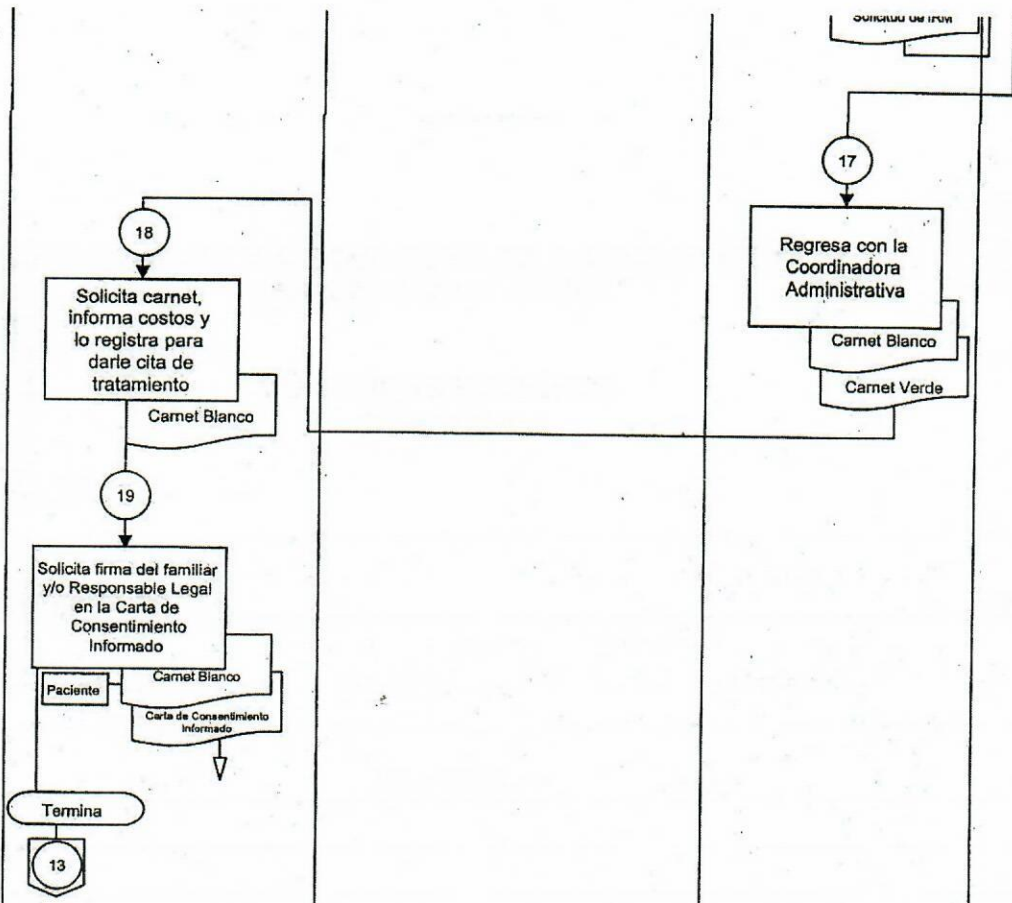
UNIDAD DE PLANEACIÓN

ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE NEUROCIRUGÍA

PROCEDIMIENTO: 1.- PARA EL OTORGAMIENTO DE PRECONSULTA EN LA UNIDAD DE RADIONEUROCIURUGÍA









INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ

19 DE 68

NOTAS DE EVOLUCIÓN
FORMATO

Instituto Nacional de Neurología
y Neurocirugía "MVS"
JUN. 30 2004
UNIDAD DE PLANEACIÓN

HOJA Nº: (1)

NOMBRE: (2)		Nº DE REGISTRO: (3)	
EDAD: (4)	SEXO: (5) M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	CAMA: (6)	PROCEDENCIA: (7)

NOTA (8)

(9)	
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO	

CANCELADO



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
20 DE 68

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCIRUGÍA



INSTRUCTIVO DE LLENADO
HOJA DE EVOLUCIÓN
DRC-01

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	HOJA No.	NÚMERO DE HOJA CONSECUTIVO QUE CORRESPONDA.
2	NOMBRE	APELLIDO PATERNO, MATERNO, NOMBRE (S).
3	No. DE REGISTRO	NÚMERO DEL EXPEDIENTE.
4	EDAD	AÑOS CUMPLIDOS DEL PACIENTE.
5	SEXO	MASCULINO O FEMENINO SEGÚN CORRESPONDA.
6	CAMA	NÚMERO DE CAMA QUE CORRESPONDA.
7	PROCEDENCIA	NOMBRE DEL SERVICIO QUE ENVIÓ AL PACIENTE.
8	NOTA	TODOS LOS DATOS IMPORTANTES EN EL INTERROGATORIO. EXPLORACIÓN DEL PACIENTE, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.
9	FIRMA	APELLIDO PATERNO. MATERNO, NOMBRE Y RÚBRICA DEL MÉDICO QUE ELABORÓ LA NOTA MÉDICA.



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIURUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ

SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SRM-1/04

DEPARTAMENTO DE NEUROIMAGEN
UNIDAD DE RESONANCIA MAGNÉTICA
SOLICITUD

21 DE 68

Instituto Nacional de Neurología Neurocirugía "MVS"
Nº. de IRM. (1)
JUN. 30 2004
UNIDAD DE PLANTACIÓN

1. DATOS GENERALES

NOMBRE _____ (2) No. EXP. _____ (3)
EDAD _____ (4) GÉNERO F () (5) M () PROCEDENCIA _____ (6)
FECHA _____ (7) MÉDICO SOLICITANTE _____ (8)
TÉCNICO RADIOLÓGO _____ (9)
IMPRESIÓN: (10) PLACA PAPEL NÚMERO DE IMPRESIONES _____ (11)
No. DE COPIAS: _____
EQUIPO: (12) 3 TESLAS . 5 TESLAS

2. ANTECEDENTES

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA _____ (13)
DIAGNÓSTICO CLÍNICO FINAL _____ (14)
ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS (PRÓTESIS) DÍA, MES Y AÑO, TIPO, LOCALIZACIÓN _____ (15)
ESTUDIOS PREVIOS (16)
RX () ANGIO () MIELO () VENTRÍCULOS () TC () MIELO TC () MN () IRM ()
OTROS (S) _____
DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO FINAL _____ (17)
MANEJO PREVIO (18)
MÉDICO () QUIMIOTERAPIA () RADIOTERAPIA () QUIRÚRGICO ()

3. CRITERIO DE SELECCIÓN

IMPLANTES SI () NO () (19)
TIPO (20)
MARCAPASO () CLIP FENOMAGNÉTICO () PRÓTESIS () VÁLVULA DE DERIVACIÓN ()
OTROS (S) TIPO (S): _____
ESPECIFIQUE NOMBRE, DÍA, MES Y AÑO DE COLOCACIÓN Y MATERIALES EMPLEADOS EN SU CONFIGURACIÓN _____ (21)



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
22 DE 68

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCIROLOGÍA

FECHA AUT.
Inst. Nacion. de Neurología y Neurocirugía
 DÍA MES AÑO
 JUN 30 2004
 UNIDAD DE PLANIFICACIÓN

**INSTRUCTIVO DE LLENADO
SOLICITUD DE RESONANCIA MAGNÉTICA
DRC-02**

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NO. DE IRM	NÚMERO CONSECUTIVO DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA.
2	NOMBRE	APELLIDO PATERNO, MATERNO, NOMBRE (S) DEL PACIENTE.
3	No. DE EXPEDIENTE	NÚMERO DEL EXPEDIENTE.
4	EDAD	EL NÚMERO DE AÑOS CUMPLIDOS DEL PACIENTE.
5	GÈNERO F () M ()	ANOTAR UNA "X" SEGÚN CORRESPONDA: F = FEMENINO O M = MASCULINO
6	PROCEDENCIA	NOMBRE DEL SERVICIO DE DONDE PROCEDE EL PACIENTE.
7	FECHA	DÍA, MES Y AÑO EN QUE SE REALIZA EL ESTUDIO.
8	MÈDICO SOLICITANTE	APELLIDO PATERNO, MATERNO, NOMBRE (S) DEL MÈDICO SOLICITANTE.
9	TÈCNICO RADIÓLOGO	APELLIDO PATERNO, MATERNO, NOMBRE (S) DEL TÈCNICO RADIÓLOGO.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

**HOJA
23 DE 68**

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCIRUGÍA

FECHA AUT.

DÍA	MES	AÑO

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "MVS"
JUN. 30 2004

**INSTRUCTIVO DE LLENADO
SOLICITUD DE RESONANCIA MAGNÉTICA
DRC-02**

UNIDAD DE PLANTACIÓN

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
10	IMPRESIÓN	ANOTAR CON UNA "X" EN EL RECUADRO QUE CORRESPONDA, SI LA IMPRESIÓN VA A SER EN PLACA O EN PAPEL.
11	NÚMERO DE IMPRESIONES	EL NÚMERO DE IMPRESIONES, YA SEA EN PLACA O EN PAPEL
12	EQUIPO	ANOTAR CON UNA "X" EN EL RECUADRO QUE CORRESPONDA, SI EL ESTUDIO SERÁ EN EQUIPO DE 3 O DE .5 TESLAS.
13	RESUMEN HISTORIA CLINICA	SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE APOYEN EL DIAGNÓSTICO PRESUNCIONAL.
14	DIAGNÓSTICO CLÍNICO FINAL	CONCLUSIÓN DE LA PATOLOGÍA DETECTADA.
15	ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS (PRÓTESIS) DÍA, MES Y AÑO, LOCALIZACIÓN TIPO,	NOMBRE Y NUMERO DE CIRUGÍAS REALIZADAS, EN SU CASO TIPO, FECHA Y LOCALIZACIÓN DE PRÓTESIS.
16	ESTUDIOS PREVIOS	ANOTAR CON UNA "X" EN EL ESPACIO QUE CORRESPONDA, Y EN EL CASO DE QUE SEAN OTROS LOS ESTUDIOS REALIZADOS, ESPECIFICAR EN EL RENGLÓN DE OTRO(S).



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
24 DE 68

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCIRUGÍA

FECHA AUT.

~~DÍA~~ ~~MES~~ ~~AÑO~~

Instituto Nacional de Neurología
y Neurocirugía "MVS"

JUN. 30 2004

INSTRUCTIVO DE LLENADO
SOLICITUD DE RESONANCIA MAGNÉTICA
DRC-02

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
16	ESTUDIOS PREVIOS	ANOTAR CON UNA "X" EN EL ESPACIO QUE CORRESPONDA, Y EN EL CASO DE QUE SEAN OTROS LOS ESTUDIOS REALIZADOS, ESPECIFICAR EN EL RENGLÓN DE OTRO(S).
17	DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO FINAL	HALLAZGOS DEL NEURORRADIÓLOGO.
18	MANEJO PREVIO	ANOTAR CON UNA "X" EN EL ESPACIO QUE CORRESPONDA.
19	IMPLANTES	ANOTAR CON UNA "X" EN EL ESPACIO QUE CORRESPONDA, DEPENDIENDO SI TIENE O NO IMPLANTES..
20	TIPO	ANOTAR CON UNA "X" EN EL ESPACIO QUE CORRESPONDA AL TIO DE IMPLANTE Y EN EL CASO DE QUE SEAN OTROS LOS IMPLANTES, ESPECIFICAR EN EL RENGLÓN DE OTRO(S).
21	ESPECIFIQUE	NOMBRE, DÍA, MES Y AÑO DE COLOCACIÓN Y MATERIALES EMPLEADOS EN LA CONFIGURACIÓN DEL IMPLANTE.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
25 DE 68

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCIRUGÍA

FECHA AUT.

DÍA	MES	AÑO
JUN. 30	2004	

 UNIDAD DE PLANEACIÓN

INSTRUCTIVO DE LLENADO
SOLICITUD DE RESONANCIA MAGNÉTICA
DRC-02

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
22	ÓRGANO A EXPLORAR	EL NOMBRE DEL ÓRGANO QUE DEBE SER ESTUDIADO EN LA RESONANCIA
23	CONTRASTE	MARCAR CON UNA "X" EN EL SITIO QUE CORRESPONDA, PARA DEFINIR SI EN EL ESTUDIO SE UTILIZARÁ MEDIO DE CONTRASTE O NO.
24	TIPO	ESPECIFICAR QUE TIPO DE CONTRASTE SERÁ UTILIZADO.
25	CANTIDAD	NÚMERO DE MILILITROS O MILIGRAMOS DE MEDIO DE CONTRASTE QUE SERÁ UTILIZADO EN EL ESTUDIO.
26	ANESTESIA	MARCAR CON UNA "X" EN EL SITIO QUE CORRESPONDA, PARA DEFINIR SI EN EL ESTUDIO SE UTILIZARÁ ANESTESIA O NO.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
27 DE 68

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCIROGÍA

FECHA AUT.

DÍA	MES	AÑO
JUN.	30	2004

UNIDAD DE PLANTACION

INSTRUCTIVO DE LLENADO
FORMATO DE REFERENCIA – CONTRARREFERENCIA
DE PACIENTES
DRC-03

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	FECHA ELABORACIÓN. DE	DÍA, MES Y AÑO EN QUE SE ELABORA EL FORMATO.
2	NOMBRE DEL PACIENTE DEL	APELLIDO PATERNO, MATERNO, Y NOMBRE (S) DEL PACIENTE.
3	EDAD	NÚMERO DE AÑOS CUMPLIDOS.
4	SEXO	MARCAR CON UNA "X" SI ES (F) FEMENINO O (M) MASCULINO.
5	NO. DE EXPEDIENTE	EL NO. DE EXPEDIENTE QUE APARECE EN EL CARNET O EN EL CASO DE TENER EXPEDIENTE, ANOTAR SIN REGISTRO.
6	TEL:	NÚMERO TELEFÓNICO DEL PACIENTE.
7	DOMICILIO	NOMBRE DE LA CALLE Y NÚMERO DE LA CASA, NOMBRE DE LA COLONIA, CÓDIGO POSTAL, DELEGACIÓN O MUNICIPIO, ESTADO Y PAÍS, DONDE HABITA EL PACIENTE.
8	TIPO DE UNIDAD MÉDICA	MARCAR CON UNA "X" EL TIPO DE UNIDAD MÉDICA QUE REFIERE O A DONDE SE CONTRARREFIERE AL PACIENTE.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

**HOJA
28 DE 68**

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCIRUGÍA

FECHA AUT.

DÍA	MES	AÑO
JUN	30	2004

UNIDAD DE PLANEACIÓN

**INSTRUCTIVO DE LLENADO
HOJA DE CONTRARREFERENCIA
DRC-03**

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
9	NOMBRE	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD QUE ENVÍA O A DONDE SE ENVÍA AL PACIENTE.
10	DOMICILIO	NOMBRE DE LA CALLE Y NÚMERO DE LA CASA, NOMBRE DE LA COLONIA, CÓDIGO POSTAL, DELEGACIÓN O MUNICIPIO, ESTADO Y PAÍS, DONDE HABITA EL PACIENTE.
11	MOTIVO DE ENVÍO	MARCAR CON UNA "X" EL MOTIVO POR EL CUAL SE REFIERE O CONTRARREFIERE AL PACIENTE, Y EN SU CASO ESPECIFICAR.
12	RESUMEN CLÍNICO	EL PADECIMIENTO ACTUAL, ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE, IMAGENOLOGÍA, DIAGNÓSTICOS, TRATAMIENTOS, EVOLUCIÓN, PRONÓSTICOS Y SEGUIMIENTO.
13	OBSERVACIONES	MARCAR CON UNA "X" EN EL RECUADRO SI O NO, PARA ESPECIFICAR SI EL CASO ES URGENTE O BIEN ALGUNA OTRA ACLARACIÓN QUE EL MÉDICO CONSIDERE PERTINENTE PARA LA REALIZACIÓN DE LA REFERENCIA O CONTRARREFERENCIA.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
29 DE 68

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCIROLOGÍA

FECHA AUT
 Día Mes Año
 JUN. 30 2004
 UNIDAD DE PLANEACIÓN

INSTRUCTIVO DE LLENADO
 HOJA DE CONTRARREFERENCIA
 DRC-03

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
14	NOMBRE COMPLETO, CLAVE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE ELABORA.	APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S) Y FIRMA DEL MÉDICO QUE ELABORA
15	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA.	APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S) Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
30 DE 68

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCIROGÍA

FECHA AUT.

DÍA	MES	AÑO
30	JUN	2006

UNIDAD DE PLANEACION

INSTRUCTIVO DE LLENADO
CARNET VERDE
DRC-04

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA
Y NEUROCIROGIA
MANUEL VELASCO SUAREZ
INSURGENTES SUR No. 3877, COL. LA FAMA
14269 MEXICO, D.F. TEL. 5606-3822
INTERNET: <http://www.innn.edu.mx>

No. de Registro (1) _____ Clave (2) _____
Folio No. (3) _____

CARNET

Nombre: (4)
Domicilio: (5)
Colonia: (6)
Teléfono: (7)

CANCELADO

ACUDIR SIEMPRE CON UN FAMILIAR
FAVOR DE NO TRAER NIÑOS



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

**HOJA
31 DE 68**

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCIROLOGÍA

FECHA AUT.

DÍA	MES	AÑO
30	JUN	2004

UNIDAD DE PLANEACIÓN

**INSTRUCTIVO DE LLENADO
CARNET VERDE
DRC-04**

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	No. DE REGISTRO	NÚMERO DEL EXPEDIENTE
2	CLAVE	NIVEL SOCIOECONÓMICO
3	FOLIO	NÚMERO QUE OTORGA EL SISTEMA SIHOWIN
4	NOMBRE	APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)
5	DOMICILIO	NOMBRE DE LA CALLE Y NÚMERO DE LA CASA, NOMBRE DE LA COLONIA, CÓDIGO POSTAL, DELEGACIÓN O MUNICIPIO, ESTADO Y PAÍS, DONDE HABITA EL PACIENTE
6	COLONIA	NOMBRE DE LA COLONIA DONDE HABITA EL PACIENTE
7	TELÉFONO	NÚMERO TELEFÓNICO INCLUYENDO CLAVE DE LARGA DISTANCIA, DEL LUGAR DONDE HABITA EL PACIENTE.
8	FECHA	DÍA, MES Y AÑO DE LA CITA MÉDICA.
9	HORA	HORA Y MINUTOS DE LA CITA MÉDICA.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
32 DE 68

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCIROLOGÍA

FECHA AUT.

DIA	MES	AÑO
JUN	30	2004

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía MVS

UNIDAD DE PLANEACIÓN

INSTRUCTIVO DE LLENADO
CARNET VERDE
DRC-04

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
10	CITA A:	NOMBRE DE LA ESPECIALIDAD DE LA CITA MÉDICA.
11	FIRMA	FIRMA DE LA PERSONA QUE OTORGA LA CITA.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
33 DE 68

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCIRUGÍA

FECHA AUT.		
DIA	MES VS	AÑO
JUN.	30	2004
UNIDAD DE PLANEACION		

INSTRUCTIVO DE LLENADO
CARNET BLANCO
DRC-05

**INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA
Y NEUROCIRUGIA**
MANUEL VELASCO SUAREZ
INSURGENTES SUR No. 3877, COL. LA FAMA
14269 MEXICO, D.F. TEL. 5606-3822
INTERNET: <http://www.innm.edu.mx>

No. de Registro (1) _____ Clave (2) _____
Folio No. (3) _____

CARNET
UNIDAD DE RADIONEUROCIRUGIA

- Nombre: (4)
- Domicilio: (5)
- Colonia: (6)
- Teléfono: (7)

ACUDIR SIEMPRE CON UN FAMILIAR
FAVOR DE NO TRAER NIÑOS



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
34 DE 68

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCIRUGÍA

FECHA AUT.

DÍA	MES	AÑO
JUN	30	2004
UNIDAD DE PLANEACIÓN		

INSTRUCTIVO DE LLENADO
CARNET BLANCO
DRC-05

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	No. DE REGISTRO	NÚMERO DEL EXPEDIENTE
2	CLAVE	NIVEL SOCIOECONÓMICO
3	FOLIO	NÚMERO QUE OTORGA EL SISTEMA SIHOWIN
4	NOMBRE	APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)
5	DOMICILIO	NOMBRE DE LA CALLE Y NÚMERO DE LA CASA, NOMBRE DE LA COLONIA, CÓDIGO POSTAL, DELEGACIÓN O MUNICIPIO, ESTADO Y PAÍS, DONDE HABITA EL PACIENTE
6	COLONIA	NOMBRE DE LA COLONIA DONDE HABITA EL PACIENTE
7	TELÉFONO	NÚMERO TELEFÓNICO INCLUYENDO CLAVE DE LARGA DISTANCIA, DEL LUGAR DONDE HABITA EL PACIENTE.
8	FECHA	DÍA, MES Y AÑO DE LA CITA MÉDICA.
9	HORA	HORA Y MINUTOS DE LA CITA MÉDICA.
10	CITA A:	NOMBRE DE LA ESPECIALIDAD DE LA CITA MÉDICA.
11	FIRMA	FIRMA DE LA PERSONA QUE OTORGA LA CITA.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
35 DE 68

FECHA AUT.

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCIRUGÍA

DÍA	MES	AÑO
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "MVS"		

JUN. 30 2004
UNIDAD DE PLANEACIÓN

**PROCEDIMIENTO NO.2.- OTORGAMIENTO DE INTERCONSULTAS DE
RADIONEUROCIRUGÍA**



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
36 DE 68

FECHA AUT.

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCRUGÍA

Indice de Nomenclatura Neuro y Neurocirugía	DÍA	MES	Neuro	AÑO
	JUN.	30	2004	
UNIDAD DE PLANEACION				

OBJETIVO

PROPORCIONAR INTERCONSULTAS DE RADIONEUROCRUGÍA A PACIENTES CANDIDATOS A TRATAMIENTO RADIOQUIRÚRGICO, ASÍ COMO A LOS POST-QUIRÚRGICOS.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
37 DE 68

FECHA AUT.

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCRUGÍA

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía		
DÍA	MES	AÑO
JUN. 30	2004	
UNIDAD DE PLANTACIÓN		

POLÍTICAS Y/O NORMAS DE OPERACIÓN

- EL PERSONAL DE LA COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA DE LA UNIDAD, DEBERÁ SOLICITAR AL DEPARTAMENTO DE CONTROL Y REFERENCIA DE PACIENTES, EL NÚMERO DEL CONSULTORIO ASIGNADO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA
- EL MÉDICO ESPECIALISTA RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO DEL PACIENTE DEBERÁ ELABORAR SOLICITUD DE INTERCONSULTA CON NOTA MÉDICA PREVIA Y AUTORIZACIÓN PARA EL OTORGAMIENTO DE INTERCONSULTA DE RADIONEUROCIRUGÍA.
- EL ESPECIALISTA EN RADIONEUROCIRUGÍA DEBERÁ CONSIGNAR EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO LA NOTA MÉDICA INDICANDO EL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR.
- LOS MÉDICOS RESIDENTES QUE DESEEN PROPONER COMO CANDIDATO A RADIONEUROCIRUGÍA A ALGÚN PACIENTE, DEBERÁN PRESENTAR EL CASO ANTE EL JEFE DE LA UNIDAD, CON NOTA MÉDICA EN DONDE CONSIGNE LOS DATOS, ADEMÁS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO Y RADIOLÓGICO.
- LA SOLICITUD DE RESONANCIA MAGNÉTICA DEBERÁ SER AUTORIZADA POR EL DIRECTOR MÉDICO, O EN SU CASO POR LOS SUBDIRECTORES MÉDICOS.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
38 DE 68

FECHA AUT.

ÁREA RESPONSABLE: UNIDAD DE RADIONEUROCIROGÍA
PROCEDIMIENTO: 2.- OTORGAMIENTO DE INTERCONSULTAS DE RADIONEUROCIROGÍA

DÍA	MES	AÑO
JUN. 30	2004	
UNIDAD DE PLANEACIÓN		

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
ÁREA MÉDICA SOLICITANTE EN CONSULTA EXTERNA	1	ELABORA Y ENTREGA AL PACIENTE, SOLICITUD DE INTERCONSULTA DE RADIONEUROCIROGÍA, INDICÁNDOLE ACUDA A LA UNIDAD DE RADIONEUROCIROGÍA A SOLICITAR CITA.
PACIENTE	2	ACUDE CON SU CARNET Y SOLICITUD DE INTERCONSULTA A LA UNIDAD DE RADIONEUROCIROGÍA.
COORDINADORA ADMINISTRATIVA DE LA UNIDAD DE RADIONEUROCIROGÍA	3	RECIBE AL PACIENTE, CON SOLICITUD DE INTERCONSULTA Y CARNET, ANOTA EN EL CARNET LA FECHA Y HORA DE SU CITA Y LO CANALIZA AL DEPARTAMENTO DE CONTROL Y REFERENCIA DE PACIENTES, PARA QUE CON SU CARNET LE ANOTEN SU CITA EN EL MÓDULO, ARCHIVA SOLICITUD DE INTERCONSULTA
PERSONAL DEL MÓDULO DE CITAS DEL DEPARTAMENTO DE CONTROL Y REFERENCIA DE PACIENTES	4	RECIBE Y ATIENDE AL PACIENTE, SOLICITA CARNET Y ANOTA SU CITA, INDICÁNDOLE QUE DEBE PRESENTARSE EL DÍA DE SU CITA PUTUALMENTE EN EL MÓDULO PARA AVISAR SU LLEGADA
	5	SOLICITA LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS A ARCHIVO CLÍNICO.
PACIENTE	6	ACUDE EL DÍA DE SU CITA AL MÓDULO DE CONTROL DE CITAS, PROPORCIONA SU NOMBRE PARA DAR AVISO DE SU LLEGADA Y LO RECIBE LA COORDINADORA ADMINISTRATIVA DE LA UNIDAD DE RADIONEUROCIROGÍA.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

**HOJA
39 DE 68**

FECHA AUT.

ÁREA RESPONSABLE: UNIDAD DE RADIONEUROCIROGÍA
PROCEDIMIENTO: 2.- OTORGAMIENTO DE INTERCONSULTAS DE RADIONEUROCIROGÍA

DÍA	MES	AÑO
30	JUN	2004

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
COORDINADORA ADMINISTRATIVA DE LA UNIDAD DE RADIONEUROCIROGÍA	7	RECIBE AL PACIENTE, REvisa SUS DATOS, Y LO CANALIZA CON EL JÉFÉ DE LA UNIDAD DE RADIONEUROCIROGÍA, ENTREGÁNDOLE EXPEDIENTE CLÍNICO.
JEFE Y/O MÉDICO ADSCRITO DE LA UNIDAD DE RADIONEUROCIROGÍA	8	INTERROGA, EXPLORA Y ELABORA NOTA MÉDICA EN HOJA DE EVOLUCIÓN, PARA QUE SE ANEXE AL EXPEDIENTE
	9	DE ACUERDO A SU VALORACIÓN CLÍNICA, DETERMINA SI EL PACIENTE ES CANDIDATO A TRATAMIENTO DE RADIONEUROCIROGÍA. DECIDE: SI: EMITE DIAGNÓSTICO, REQUISITA CORRECTAMENTE SOLICITUD DE ESTUDIO DE RESONANCIA MAGNÉTICA Y LO CANALIZA CON LA COORDINADORA ADMINISTRATIVA. NO: ELABORA NOTA MÉDICA EN HOJA DE EVOLUCIÓN, Y LA ANEXA AL EXPEDIENTE CLÍNICO. CANALIZA AL PACIENTE AL SERVICIO QUE SOLICITO LA INTERCONSULTA, PARA QUE CONTINÚE CON SU TRATAMIENTO.
PACIENTE	10	ACUDE CON LA COORDINADORA ADMINISTRATIVA.
COORDINADORA ADMINISTRATIVA DE LA UNIDAD DE RADIONEUROCIROGÍA	11	ENTREGA AL PACIENTE CARNET BLANCO ANOTANDO FECHA DE CITA, LO CANALIZA CON



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
40 DE 68

FECHA AUT.

ÁREA RESPONSABLE: UNIDAD DE RADIONEUROCIROUGÍA
PROCEDIMIENTO: 2.- OTORGAMIENTO DE INTERCONSULTAS DE RADIONEUROCIROUGÍA

DÍA	MES	AÑO
JUN.	30	2004

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
PERSONAL DE RECEPCIÓN DE RESONANCIA MAGNÉTICA	12	EL DIRECTOR MÉDICO O SUBDIRECTORES MÉDICO PARA LA AUTORIZACIÓN DEL ESTUDIO, INDICÁNDOLE QUE POSTERIORMENTE DEBERÁ ACUDIR A LA UNIDAD DE RESONANCIA MAGNÉTICA PARA QUE LE PROPORCIONEN CITA DE ESTUDIO.
PACIENTE	13	SOLICITA CARNET Y SOLICITUD DE ESTUDIO AUTORIZADA AL PACIENTE Y ANOTA FECHA DE ESTUDIO, ENTREGA CARNET Y SE QUEDA CON LA SOLICITUD DE ESTUDIO.
COORDINADORA ADMINISTRATIVA DE LA UNIDAD DE RADIONEUROCIROUGÍA	14	REGRESA CON LA COORDINADORA ADMINISTRATIVA DE LA UNIDAD DE RADIONEUROCIROUGÍA.
	15	SOLICITA CARNET PARA CONOCER FECHA DE RESONANCIA MAGNÉTICA Y LO REGRESA AL PACIENTE, LE INFORMA COSTOS, Y SOLICITA SUS DATOS: NOMBRE, NÚMERO DE EXPEDIENTE, EDAD, NIVEL SOCIO -ECONÓMICO, DIAGNÓSTICO, TELÉFONO, CIRUGÍAS ANTERIORES, QUIMIOTERAPIA Y/O RADIOTERAPIA PREVIAS, MÉDICO QUE LO REFIERE, SI ES FORÁNEO O LOCAL Y FECHA DE PRESENTACIÓN DEL CASO
		SOLICITA LA FIRMA DEL FAMILIAR Y/O RESPONSABLE LEGAL EN LA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, REGRESA EL CARNET Y ARCHIVA LA CARTA PARA ANEXARLA AL EXPEDIENTE CLÍNICO.
		CONTINUA PROCEDIMIENTO NO. 3 TERMINA PROCEDIMIENTO



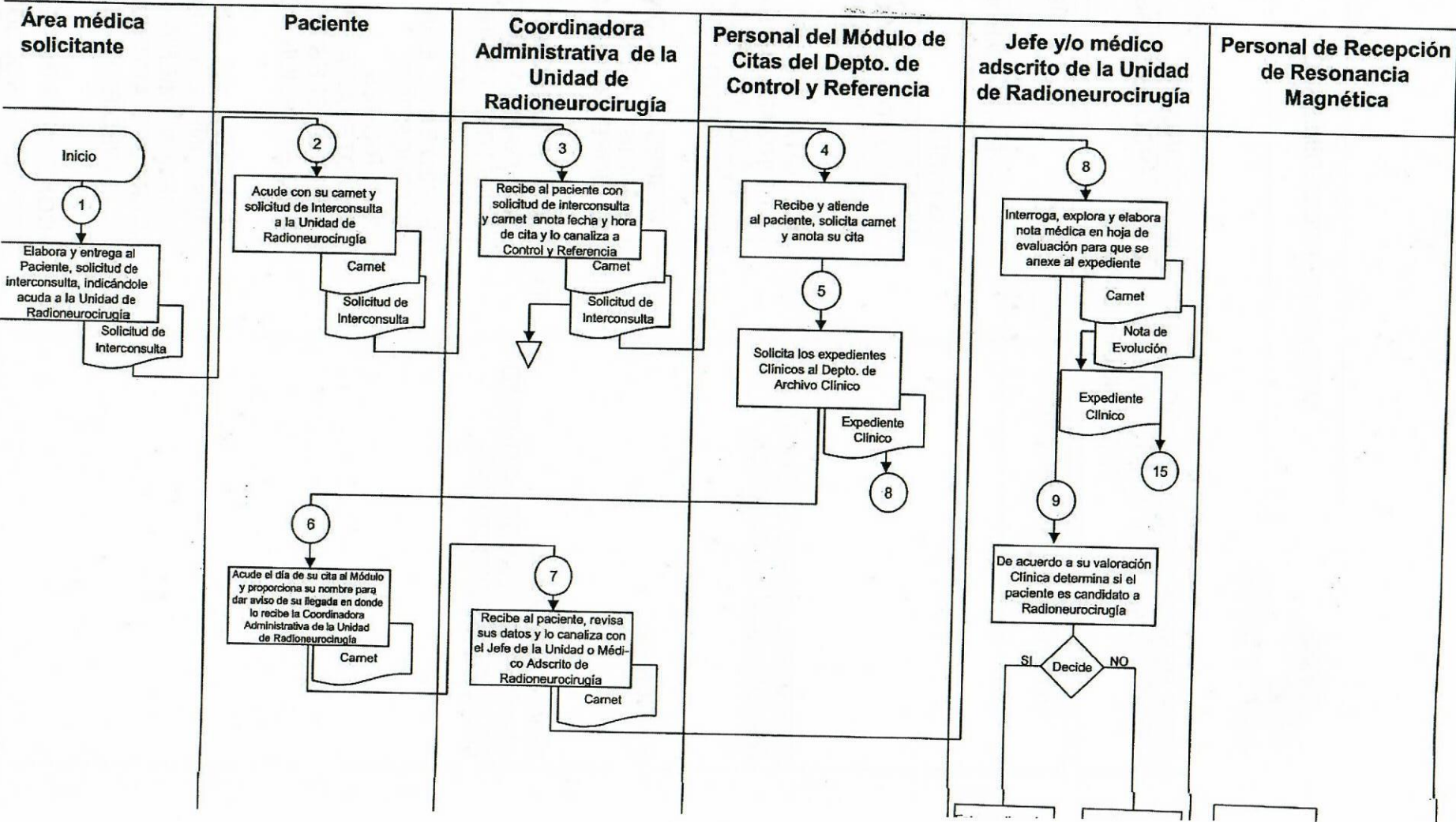
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

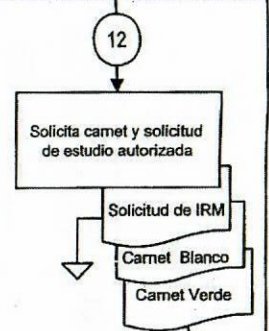
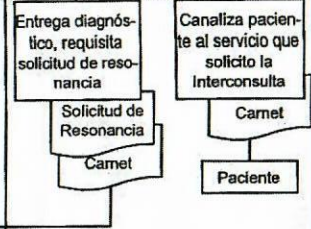
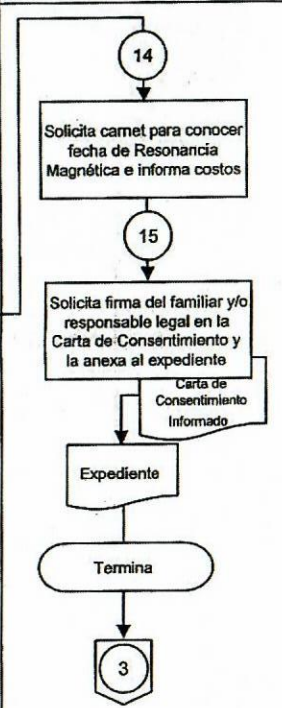
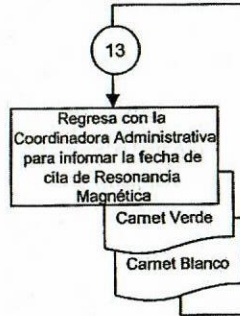
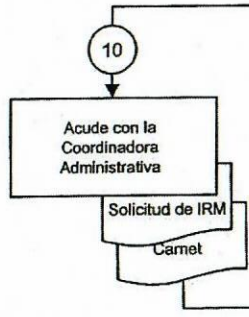
HOJA
41 DE 68

FECHA AUT.

Inst. Nacional de Neurología y Neurocirugía "MSS"
DÍA MES AÑO
JUN 30 2004
UNIDAD DE PLANEACION

ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE NEUROCIROUGÍA
PROCEDIMIENTO: 2. PARA EL OTORGAMIENTO DE INTERCONSULTA EN LA UNIDAD DE RADIONEUROCIROUGÍA





INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
SOLICITUD DE INTERCONSULTA

Instituto Nacional de Neurología
y Neurocirugía "MVS"
JUN. 30 .2004
UNIDAD DE PLANEACION
REG. NÚM. : _____

NOMBRE: _____ 2 _____ EDAD: _____ 3 _____ SEXO: _____ 4
PROCEDENCIA: _____ CAMA: _____ 5
EL DEPARTAMENTO DE: _____ 6
SOLICITA AL DEPARTAMENTO DE: _____ 7
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO/ O SÍNTOMAS: _____ 8

FECHA: _____ 9 _____ HORA: _____ 10
MÉDICO SOLICITANTE: _____ 11 _____ FIRMA: _____ 12

CANCELADO



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

**HOJA
43 DE 68**

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCIRUGÍA

FECHA AUT.
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
DÍA MES AÑO
 JUN 30 2004
 UNIDAD DE PLANEACIÓN

**INSTRUCTIVO DE LLENADO
SOLICITUD DE INTERCONSULTA
DRC-06**

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	REG. No.:	NÚMERO DE REGISTRO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.
2	NOMBRE DEL PACIENTE:	APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S).
3	EDAD:	AÑOS CUMPLIDOS DEL PACIENTE.
4	SEXO:	UNA CRUZ EN (M) MASCULINO Ó (F) FEMENINO.
5	CAMA:	NÚMERO DE CAMA ASIGNADA AL PACIENTE.
6	EL DEPARTAMENTO DE:	NOMBRE DEL DEPARTAMENTO QUE SOLICITA EL SERVICIO Y/O ESTUDIO.
7	SOLICITA AL DEPARTAMENTO DE:	NOMBRE DEL DEPARTAMENTO QUE DARÁ EL SERVICIO Y/O ESTUDIO.
8	DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y/O SÍNTOMAS:	NOMBRE DE LA PATOLOGÍA Y/O SIGNOS, SÍNTOMAS QUE EL MÉDICO REFIERE.
9	FECHA:	DÍA, MES Y AÑO DE ELABORACIÓN DE LA SOLICITUD.
10	HORA:	HORAS Y MINUTOS EN QUE SE ELABORA LA SOLICITUD.
11	MÉDICO SOLICITANTE:	NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO QUE SOLICITA LA INTERCONSULTA.
12	FIRMA:	RÚBRICA DEL MÉDICO QUE SOLICITA LA INTERCONSULTA.



INSURGENTES SUR 3877
COL. LA FAMA C.P. 14269
TE. 56 06 38 22

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ

DIRECCIÓN MÉDICA

UNIDAD DE RADIONEUROCIROGÍA

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
DE RADIONEUROCIROGÍA**

Instituto Nacional de Neurología
y Neurocirugía
JUN. 30 2004
UNIDAD DE PLANEACION

- 1 FECHA _____
- 2 No. FOLIO _____
- 3 No. EXPEDIENTE _____
- 4 NIVEL T.S. _____
- 5 No CAMA _____

C. DIRECTOR GENERAL DEL INNN
PRESENTE

EL (LA) QUE SUSCRIBE _____ NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE 6

CON DOMICILIO EN _____ DOMICILIO COMPLETO(CALLE, NÚMERO, COLONIA, C.P.,DELEGACIÓN O MUNICIPIO Y ESTADO) 7

TELÉFONO: _____ 8

ACUDO VOLUNTARIAMENTE A ESTA INSTITUCIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD Y DE ACUERDO A LO QUE ME EXPLICARON EN RELACIÓN A LO DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS 29, 76, 77, 78, 80 Y 81 DEL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA POR LO QUE MANIFIESTO MI CONSENTIMIENTO EXPRESO PARA QUE EL PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICO DEL **INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA** REALICE EL TRATAMIENTO RADIONEUROQUIRÚRGICO DE MI ENFERMEDAD QUE PUEDE SER EN UNA O VARIAS SESIONES, EN EL ENTENDIDO DE QUE ME FUE EXPLICADO ADECUADAMENTE SOBRE LOS RIESGOS Y CONSECUENCIAS QUE ELLO IMPLICA A CORTO O LARGO PLAZO (ALTERACIONES MENTALES, CONVULSIONES, INFARTO CEREBRAL, PÉRDIDA DE VISIÓN, ENTRE OTRAS), RELACIONADAS CON EL EFECTO DE LA RADIACIÓN; ASÍ COMO SU CONTRAINDICACIÓN EN CASO DE EMBARAZO. ASIMISMO; ENTIENDO QUE LOS BENEFICIOS QUE SE PRETENDEN ALCANZAR SON:

CANCELADO

EL ALIVIO DE LOS SUFRIMIENTOS QUE ME AQUEJAN QUE EXISTE POSIBILIDAD DE CORREGIR LAS CAUSAS DEL PADECIMIENTO; QUE ES POSIBLE OBTENER CURACIÓN PARCIAL O DEFINITIVA; QUE LA RADIONEUROQUIRÚRGIA SE REALIZARÁ SOBRE LAS DELICADAS ESTRUCTURAS DEL SISTEMA NERVIOSO, COMO SON EL CEREBRO (ENCÉFALO) Y LA MEDULA ESPINAL, ESTRUCTURAS VASCULARES Y/O NERVIOS; QUE PUEDEN NECESITARSE EXÁMENES DE LABORATORIO DE MI SANGRE O DE LÍQUIDO ESPINAL (L.C.R.), ASÍ COMO ESTUDIOS NEURORRADIOLÓGICOS O DE IMÁGENES QUE REQUIEREN LA PUNCIÓN DE VENAS Y ARTERIAS Y LA INYECCIÓN DE SUBSTANCIAS QUE PUEDEN TENER REACCIONES ADVERSAS; QUE TANTO LOS TIEMPOS PRE, TRANS Y POST OPERATORIOS PUEDEN REQUERIR DE UNA HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA, EN OCASIONES EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DONDE SE PUEDE REQUERIR ASISTENCIA CON RESPIRADORES ELECTROMECAÑICOS; QUE EL INSTITUTO RECONOCE MI AUTONOMÍA PARA LA DECISIÓN DE CONTINUAR O SUSPENDER MI TRATAMIENTO; EN TAL VIRTUD, CONCIENTE Y COMPRENDIENDO TODO, SIN QUE EXISTA EN MI PERSONA COACCIÓN ALGUNA Y EN POSESIÓN DE MI LIBRE VOLUNTAD EXPRESO MI CONSENTIMIENTO VALIDAMENTE INFORMADO Y FIRMO O PONGO LA HUELLA DIGITAL PARA LOS EFECTOS LEGALES PROCEDENTES.

LOS PARIENTES O RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE INFORMAMOS QUE NO ESTA CAPACITADO PARA TOMAR DECISIONES, PERO A SU NOMBRE ACEPTAMOS LA INFORMACIÓN QUE SE NOS PROPORCIONÓ Y LA RESPONSABILIDAD CORRESPONDIENTE.

ATENTAMENTE
9

HUELLA

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE O RESPONSABLE LEGAL CON IDENTIFICACIÓN OFICIAL

TESTIGO POR EL PACIENTE 10

TESTIGO POR EL INSTITUTO 11

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA CON IDENTIFICACIÓN OFICIAL

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA CON IDENTIFICACIÓN OFICIAL



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

**HOJA
45 DE 68**

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCIRUGÍA

FECHA AUT.		
DÍA	MES	AÑO
JUN.	30	2004
UNIDAD DE PLANTACIÓN		

**INSTRUCTIVO DE LLENADO
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
DRC-07**

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	FECHA	DÍA, MES, AÑO DE ELABORACIÓN.
2	No. FOLIO	NÚMERO PROGRESIVO CORRESPONDIENTE.
3	No. EXPEDIENTE	NÚMERO DE EXPEDIENTE DEL PACIENTE.
4	NIVEL T. S.	NÚMERO DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO.
5	No. DE CAMA	NÚMERO DE CAMA ASIGNADA AL PACIENTE.
6	EL (LA) QUE SUSCRIBE	NOMBRE COMPLETO: APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S).
7	CON DOMICILIO EN	CALLE, NÚMERO, COLONIA, CÓDIGO POSTAL, DELEGACIÓN O MUNICIPIO Y ESTADO.
8	TELEFONO:	NÚMERO TELEFÓNICO INCLUYENDO CLAVE DE LARGA DISTANCIA.
9	ATENTAMENTE	NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE O RESPONSABLE LEGAL.
10	TESTIGO POR EL PACIENTE	NOMBRE COMPLETO Y RÚBRICA.
11	TESTIGO POR EL INSTITUTO	NOMBRE COMPLETO DEL TRABAJADOR SOCIAL.
12	DOMICILIO Y TELÉFONO	DIRECCIÓN COMPLETA Y NÚMERO TELEFÓNICO DEL DOMICILIO DE TESTIGOS.
13	DOMICILIO Y TELÉFONO	DIRECCIÓN COMPLETA Y NÚMERO TELEFÓNICO DEL DOMICILIO DE TESTIGOS.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
46 DE 68

FECHA AUT.

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCIRUGÍA

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía		
DÍA	MES	AÑO
JUN.	30	2004

UNIDAD DE PLANEACION

PROCEDIMIENTO NO.3.- OTORGAMIENTO DE TRATAMIENTO DE
RADIONEUROCIRUGÍA



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
47 DE 68

FECHA AUT.

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCIROLOGÍA

DÍA	MES	AÑO
JUN	30	2004

UNIDAD DE PLANEACIÓN

OBJETIVO

PROPORCIONAR TRATAMIENTO DE RADIONEUROCIROLOGÍA YA SEA DE DOSIS ÚNICA O FRACCIONADA A PACIENTES CANDIDATOS A TRATAMIENTO RADIOQUIRÚRGICO.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
48 DE 68

FECHA AUT.

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCIROUGÍA

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROUGÍA	DÍA	MES	AÑO
	JUN	30	2004
UNIDAD DE PLANEACIÓN			

POLÍTICAS Y/O NORMAS DE OPERACIÓN

- EL MÉDICO ESPECIALISTA RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO DEL PACIENTE, DEBERÁ EXPLICAR A ÉSTE Y A SU FAMILIAR EL PROCEDIMIENTO, SOLICITANDO LAS FIRMAS DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE Y DOS TESTIGOS EN EL FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA UNIDAD; Y CUANDO SE TRATE DE DÓISIS ÚNICA, DEBERÁ INDICAR UN DÍA DE INTERNAMIENTO.
- EL PERSONAL DE LA COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA DEBERÁ ENTREGAR UN TRÍPTICO INFORMATIVO A LOS PACIENTES Y/O FAMILIARES QUE VAN A RECIBIR TRATAMIENTO.
- EN EL CASO DE TRATAMIENTOS DE DOSIS ÚNICA, SERÁ RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ADSCRITO RADIONEUROCIROUGÍA VERIFICAR QUE EL PACIENTE QUE VAYA A SER HOSPITALIZADO CUENTE CON EXPEDIENTE CLÍNICO COMPLETO.
- EL MÉDICO ADSCRITO A RADIONEUROCIROUGÍA DEBERÁ SOLICITAR LOS ESTUDIOS QUE CONSIDERE PERTINENTES PARA CONFIRMAR EL DIAGNÓSTICO DE ADMISIÓN, AL MOMENTO DEL INGRESO DEL PACIENTE AL SERVICIO.
- EN EL CASO DE TRATAMIENTOS DE DOSIS ÚNICA, SERÁ RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA CONSTATAR QUE EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO EXISTA LA AUTORIZACIÓN PARA EL INTERNAMIENTO DEL PACIENTE, DEL FAMILIAR O RESPONSABLE LEGAL CON NOMBRE Y FIRMA DEL MISMO.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO ADSCRITO A RADIONEUROCIROUGÍA, ELABORAR LA NOTA DE ALTA MÉDICA POR MEJORÍA UN DÍA ANTES DEL EGRESO DEL PACIENTE.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
49 DE 68

FECHA AUT.

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCIRUGÍA

DÍA	MES	AÑO
JUN.	30	2004

- AL FAMILIAR DEL PACIENTE QUE SU TRATAMIENTO SEA Dosis Única SE LE ENVÍA A ADMISIÓN HOSPITALARIA PARA QUE HAGA TRÁMITES PARA LA ASIGNACIÓN DE CAMA Y A TRABAJO SOCIAL PARA QUE SE LE PROPORCIONE PASE DE VISITA.
- EL PERSONAL DE LA COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA DEBERÁ CANALIZAR AL FAMILIAR DEL PACIENTE QUE REQUIERA TRATAMIENTO DE DOSIS ÚNICA, A ADMISIÓN HOSPITALARIA PARA QUE REALICE LOS TRÁMITES PARA LA ASIGNACIÓN DE CAMA Y A TRABAJO SOCIAL PARA QUE SE LE PROPORCIONE PASE DE VISITA.
- EL COORDINADOR ADMINISTRATIVO DEBERÁ SOLICITAR CON ANTICIPACIÓN LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS Y RADIOLÓGICOS DE LOS PACIENTES CITADOS A TRATAMIENTO, CON EL PROPÓSITO DE QUE ESTE SE ENCUENTRE DISPONIBLE EN EL MOMENTO EN QUE EL PACIENTE LLEGUE A SU CITA.
- EL COORDINADOR ADMINISTRATIVO DEBERÁ ENTREGAR AL PACIENTE UN CARNET DE COLOR BLANCO, EXCLUSIVO DE LA UNIDAD, EN EL MOMENTO EN QUE SE VA INICIAR SU TRATAMIENTO, MISMO QUE DEBERÁ SOLICITAR AL TÉRMINO DE ÉSTE.
- CUANDO EL PACIENTE RECIBE UN TRATAMIENTO RADIONEUQUIRÚRGICO FRACCIONADO, SE LE DEBERÁ PROPORCIONAR UNA CONSULTA INTERMEDIA PARA SABER COMO SE HA SENTIDO Y ACLARAR LAS DUDAS QUE PRESENTE.
- EL MÉDICO ADSCRITO DE LA UNIDAD DE RADIONEUROCIROGÍA, DEBERÁ INFORMAR A LOS PACIENTES Y FAMILIARES CUANDO HAN CONCLUIDO EL TRATAMIENTO, QUE EN CASO DE TENER SÍNTOMAS DE DOLOR INTENSO, VÓMITO, ETC., ACUDAN AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL INSTITUTO.
- LOS MÉDICOS ADSCRITOS Y/O RESIDENTES QUE QUIERAN PRESENTAR UN CASO CLÍNICO, DEBERÁN PRESENTARLO CON EL JEFE DE LA UNIDAD DE RADIONEUROCIROGÍA, INCLUYENDO EXPEDIENTE CLÍNICO Y RADIOLÓGICO DEL PACIENTE.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
50 DE 68

FECHA AUT.

ÁREA RESPONSABLE: UNIDAD DE RADIONEUROCIROGÍA
 PROCEDIMIENTO: .3.- OTORGAMIENTO DE TRATAMIENTO DE RADIONEUROCIROGÍA

DÍA	MES	AÑO
JUN.	30	2004
UNIDAD DE PLANEACION		

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
TÉCNICO NEURORRADIÓLOGO	1	PROVIENE DE LA ACTIVIDAD NO.18 DEL PROCEDIMIENTO 1 DE ESTE MANUAL Y DE LA ACTIVIDAD NO. 15 DEL PROCEDIMIENTO NO. 2 POSTERIOR A LA REALIZACIÓN DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA, EL TÉCNICO ENVÍA LAS IMÁGENES A LA PC "NOVALIS".
JEFE DE LA UNIDAD DE RADIONEUROCIROGÍA	2	REVISAS LAS IMÁGENES EN COLABORACIÓN CON SU EQUIPO Y DETERMINA SI EL TRATAMIENTO SERÁ DE DÓSIS ÚNICA O FRACCIONADO, ANOTANDO LA INDICACIÓN EN LA SOLICITUD DE TRATAMIENTO, MISMA QUE ENTREGA A LA COORDINADORA ADMINISTRATIVA PARA QUE INFORME AL PACIENTE LOS TRÁMITES A SEGUIR.
COORDINADORA ADMINISTRATIVA	3	SOLICITA AL ARCHIVO CLÍNICO Y RADIOLÓGICO, LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS Y RADIOLÓGICOS DE LOS PACIENTES CITADOS .
PACIENTE	4	ACUDE EL DÍA DE SU CITA DE TRATAMIENTO A LA UNIDAD DE RADIONEUROCIROGÍA.
COORDINADORA ADMINISTRATIVA Y ENFERMERA	5	RECIBE AL PACIENTE, REVISAS SUS DATOS, CON EL EXPEDIENTE CLÍNICO Y RADIOLÓGICO, SOLICITA CARNET BLANCO QUE ES DE USO EXCLUSIVO DE LA UNIDAD.
COORDINADORA ADMINISTRATIVA	6	REVISAS LA INDICACIÓN EN LA SOLICITUD DE TRATAMIENTO ¿TRATAMIENTO DE DOSIS ÚNICA?



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
51 DE 68

FECHA AUT.

ÁREA RESPONSABLE: UNIDAD DE RADIONEUROCIROLOGÍA
PROCEDIMIENTO: .3.- OTORGAMIENTO DE TRATAMIENTO DE RADIONEUROCIROLOGÍA

DÍA	MES	AÑO
Instituto Nacional de Oncología y Neurocirugía		
JUN. 30	2004	
UNIDAD DE PLANEACIÓN		

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
		<p>SI: ENTREGA TRÍPTICO INFORMATIVO, EXPLICA AL PACIENTE Y FAMILIAR QUE SE QUEDARÁ UN DÍA INTERNADO Y CANALIZA AL FAMILIAR A REALIZAR LOS TRÁMITES TANTO EN ADMISIÓN HOSPITALARIA COMO EN TRABAJO SOCIAL.</p> <p>NO: ANOTA EN EL CARNET DEL PACIENTE Y EN LA LIBRETA DE REGISTRO, CITA PARA SU MASCARILLA, FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO, Y LAS SUBSECUENTES DE LUNES A VIERNES EN EL HORARIO ASIGNADO, INDICÁNDOLE UNA CONSULTA INTERMEDIA Y UNA CITA CUANDO SE CUMPLA UN MES DE CONCLUIDO EL TRATAMIENTO.</p>
JEFE Y/O MÉDICO ADSCRITO DE LA UNIDAD DE RADIONEUROCIROLOGÍA	7	RECIBE AL PACIENTE ACOMPAÑADO DE SU FAMILIAR Y LES EXPLICA SOBRE LA INDICACIÓN, ADMINISTRACIÓN Y COMPLICACIONES DE LAS PERSONAS QUE RECIBEN MANEJO CON RADIONEUROCIROLOGÍA.
	8	CON APOYO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA COLOCAN EL MARCO ESTEREOTÁCTICO. SOLICITANDO LA PRESENCIA DE LOS TÉCNICOS DE RADIOTERAPIA.
TÉCNICOS DE RADIOTERAPIA Y ENFERMERA	9	ELABORAN LA MASCARILLA PARA RADIONEUROCIROLOGÍA.
TÉCNICO RADIÓLOGO, ENFERMERA Y MÉDICO ADSCRITO	10	ELABORAN LA TOMOGRAFÍA AL PACIENTE Y ENVÍAN LAS IMÁGENES POR LA RED A LA PC "NOVALIS".



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
52 DE 68

FECHA AUT.

ÁREA RESPONSABLE: UNIDAD DE RADIONEUROCIROGÍA
PROCEDIMIENTO: .3.- OTORGAMIENTO DE TRATAMIENTO DE RADIONEUROCIROGÍA

DÍA	MES	AÑO
11	JUN	2004
UNIDAD DE PLANEACIÓN		

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
FÍSICO, NEUROCIROJANO Y RADIOTERAPEUTA → D.V.	11	RECIBEN LAS IMÁGENES Y ELABORA EL PLAN DE TRATAMIENTO ÚNICO O FRACCIONADO.
TÉCNICOS DE RADIOTERAPIA	12	EXPLICAN AL PACIENTE LAS MANIOBRAS DENTRO DEL BUNKER PARA LA APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO.
MÉDICO Y ENFERMERA ADSCRITOS A LA UNIDAD DE RADIONEUROCIROGÍA	13	<p>RETIRAN EL MARCO ESTEREOTÁCTICO Y EGRESAN AL PACIENTE DE LA UNIDAD, ELABORAN NOTA DEL PROCEDIMIENTO Y SUS INDICACIONES EN LA HOJA EVOLUCIÓN Y EN LA HOJA DE ENFERMERÍA, Y LAS ANEXAN AL EXPEDIENTE CLÍNICO.</p> <p>¿EL PACIENTE RECIBIÓ DOSIS ÚNICA?</p> <p>SI: LA ENFERMERA SOLICITA LA PRESENCIA DEL CAMILLERO PARA QUE DE MANERA CONJUNTA LO TRASLADEN AL SEGUNDO PISO DE HOSPITALIZACIÓN PARA VIGILANCIA POR 24 HORAS.</p> <p>NO: SE LE PREGUNTA SOBRE SU ESTADO ANÍMICO:</p> <p>EN BUEN ESTADO: SE LE ENVÍA A CASA INDICÁNDOLE PRÓXIMA CITA EN EL CARNET.</p> <p>INDISPUESTO: SE LE SOLICITA TOME REPOSO POR UNOS MINUTOS Y LA EN -</p>



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

**HOJA
53 DE 68**

FECHA AUT.

ÁREA RESPONSABLE: UNIDAD DE RADIONEUROCIROGÍA
PROCEDIMIENTO: .3.- OTORGAMIENTO DE TRATAMIENTO DE RADIONEUROCIROGÍA

DÍA	MES	AÑO
JUN. 30	2004	

UNIDAD DE PLANEACION

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
<p>JEFE Y/O MÉDICO ADSCRITO A LA UNIDADE DE RADIONEUROCIROGÍA</p>	<p>14</p>	<p>FERMERA REvisa sus signos vitales, PARA QUE UNA VEZ QUE SE RECUPERE SE LE ENVÍE A CASA INDICÁNDOLE PRÓXIMA CITA EN EL CARNET.</p> <p>AL DÍA SIGUIENTE, ELABORA HOJA DE EGRESO DEL PACIENTE, LA ANEXA AL EXPEDIENTE Y LE INDICA SU CITA DE CONTROL EN UN MES, POR CONSULTA EXTERNA, MISMA QUE ANOTA EN EL CARNET.</p> <p>TERMINA PROCEDIMIENTO</p>



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
54 DE 68

FECHA AUT.

ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE NEUROCIROGÍA

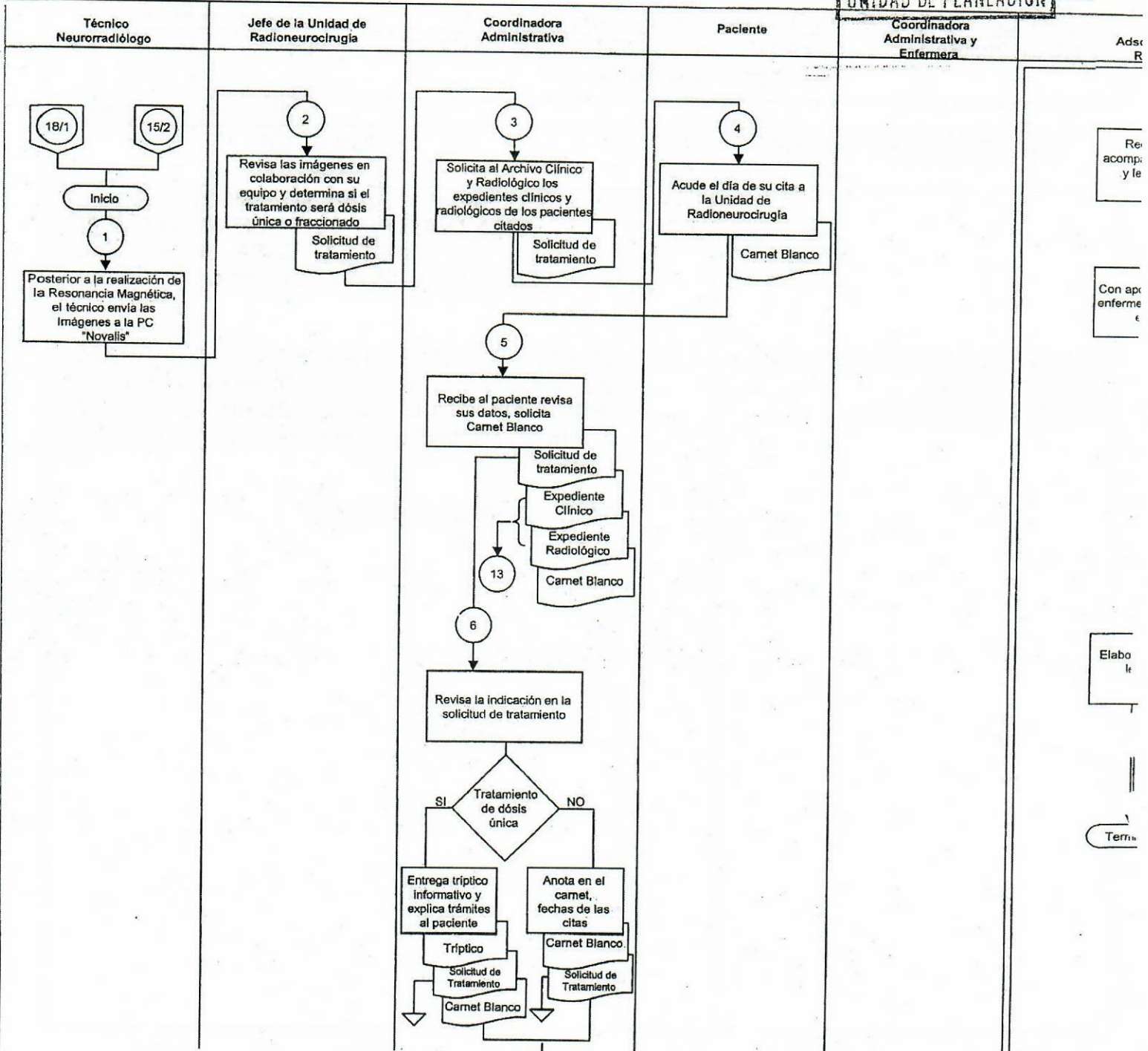
PROCEDIMIENTO: 3.- PARA EL OTORGAMIENTO DEL TRATAMIENTO DE RADIONEUROCIROGÍA

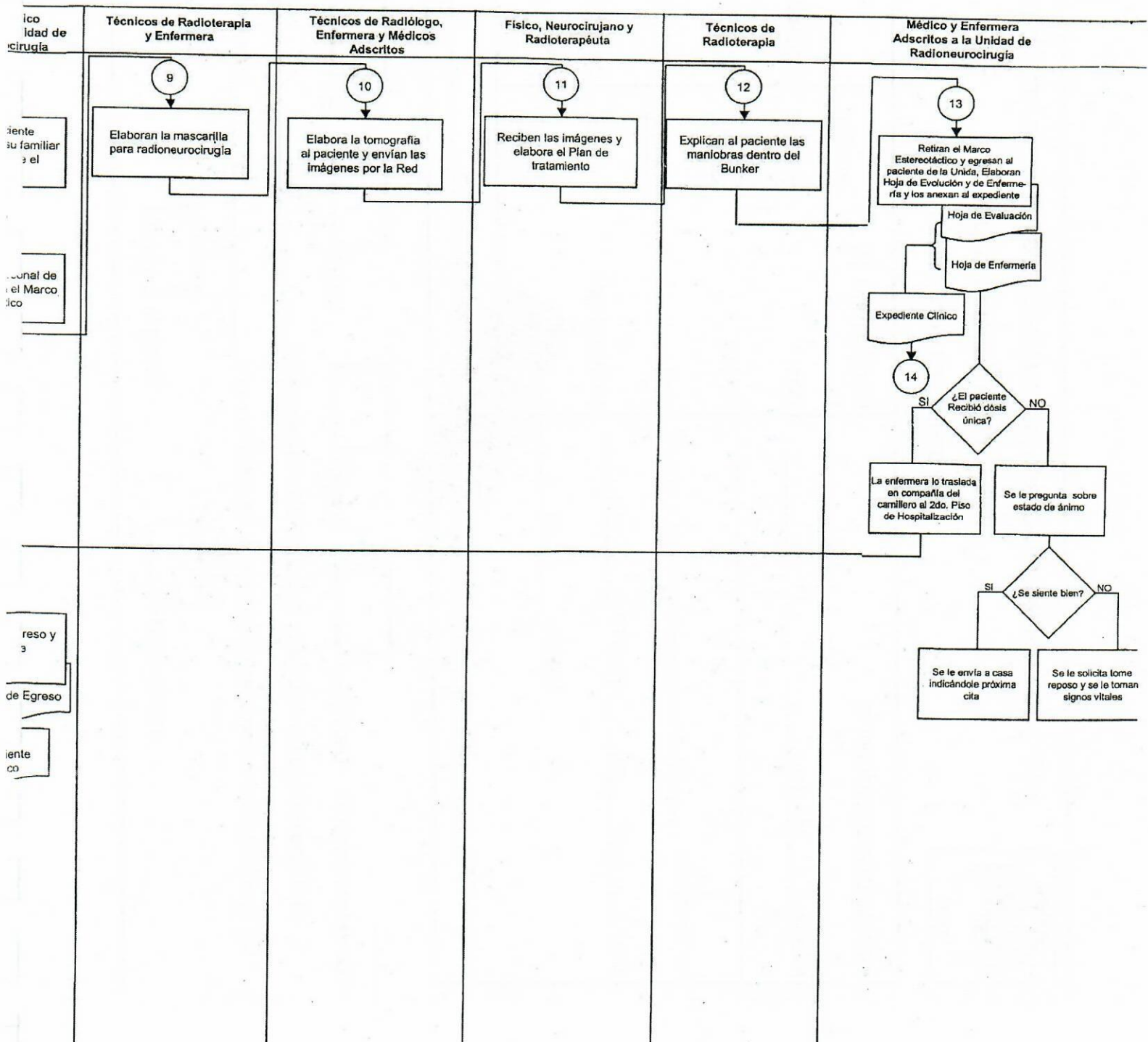
DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

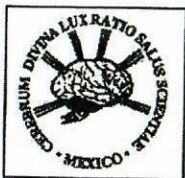
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "MIG"

JUN. 30 2004

UNIDAD DE PLANTACIÓN







INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA "MANUEL VELASCO SUÁREZ"

UNIDAD DE RADIONEUROCIROLOGÍA

SOLICITUD DE TRATAMIENTO

55 DE 68

Instituto Nacional de Neurología
y Neurocirugía "MVS"

JUN. 30 2004

UNIDAD DE PLANEACION

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	DIAGNÓSTICO (7)	
Nombre: _____ (1)	AVM <input type="checkbox"/>	HIPOFISIS <input type="checkbox"/>
No. de registro: _____ (2)	GLIOMA <input type="checkbox"/>	SCHWANNOMA <input type="checkbox"/>
Edad: _____ (3) Nivel TS: _____ (4)	GBM <input type="checkbox"/>	MENINGIOMA <input type="checkbox"/>
Teléfono: _____ (5)	ASTROCITOMA <input type="checkbox"/>	CAVERNOMA <input type="checkbox"/>
Fecha de IRM: _____ (6)	Equipo histológica: _____	Otro: _____ (8)

CANCELADO

Tipo de tratamiento: (9) Dosis Única Fracción Cirugía QT RT

1) Si el tratamiento es con dosis única, especificar fecha de tratamiento: _____ (10)

2) Si el tratamiento es fraccionado, especificar: a) Cita para mascarilla: _____ (11) b) Cita para tratamiento: _____ (12) _____ (13)

Trabajo Social

Tesorería



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
56 DE 68

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCIRUGÍA

FECHA AUT.		
<small>Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía</small>	<small>Neurocirugía</small>	<small>Neurología</small>
DÍA	MES	AÑO
JUN	30	2004
<small>UNIDAD DE PLANIFICACIÓN</small>		

**INSTRUCTIVO DE LLENADO
SOLICITUD DE TRATAMIENTO
DRC -08**

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE	APELLIDO PATERNO, MATERNO, NOMBRE (S). DEL PACIENTE.
2	No. DE REGISTRO	NÚMERO DEL EXPEDIENTE.
3	EDAD	NÚMERO DE AÑOS CUMPLIDOS DEL PACIENTES.
4	NIVEL DE TS	CLAVE SOCIOECONÓMICA DEL PACIENTE SEGÚN EL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO REALIZADO POR EL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL.
5	TELÉFONO	NÚMERO TELEFÓNICO DEL PACIENTE.
6	FECHA DE IRM	DÍA, MES Y AÑO EN QUE SE REALIZÓ LA RESONANCIA MAGNÉTICA.
7	DIGNÓSTICO	MARCAR CON UNA "X", EL RECUADRO QUE CORRESPONDA AL DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE.
8	OTRO	ESPECIFICAR EL DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE, EN EL CASO DE QUE LOS ENLISTADOS NO CORRESPONDAN AL DETECTADO POR EL MÉDICO.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
57 DE 68

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCIROLOGÍA

FECHA AUT.
Instituto, Municipio, Estado y Ciudad
 y DÍA MES AÑO
 JUN. 30 2004
 UNIDAD DE PLANEACIÓN

INSTRUCTIVO DE LLENADO
SOLICITUD DE TRATAMIENTO
DRC-08

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
9	TIPO DE TRATAMIENTO	MARCAR CON UNA "X" EN EL RECUADRO QUE CORRESPONDA.
10	1)	DÍA, MES Y AÑO EN QUE SERÁ LLEVADO A CABO EL TRATAMIENTO DE DOSIS ÚNICA.
11	2)	DÍA, MES Y AÑO EN QUE SE LLEVARÁ A CABO LA CITA PARA MASCARILLA Y PARA TRATAMIENTO.
12	TRABAJO SOCIAL	MARCAR CON UNA "X" EN EL RECUADRO, SI EL PACIENTE SE ENCUENTRA EN TRÁMITE CON EL ÁREA DE TRABAJO SOCIAL.
13	TESORERÍA	MARCAR CON UNA "X" EN EL RECUADRO, SI EL PACIENTE SE ENCUENTRA EN TRÁMITE CON EL ÁREA DE TESORERÍA.



INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROCIROGIA

MANUEL VELASCO SUAREZ

FORMATO DE EGRESO HOSPITALARIO

58 DE 68
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "MVS"
Fecha: JUN. 30 (2004)
UNIDAD DE PLANEACION

DATOS DEL PACIENTE:
Nombre: (2)
Registro: (3) Nivel T.S.: (4)
Edad: Años (5) Meses (6) Sexo: F M
C.U.R.P. (7)
Estado civil: (8)
Fecha de nacimiento: (9)
Escolaridad: (10)
Lugar de nacimiento: (11)
Ocupación: (12)
RESIDENCIA HABITUAL:
Entidad (13)
Municipio (14)
Localidad (15)
Teléfono: (16)
Responsable legal: (17)
Parentesco: (18)
Edad del responsable: (19)
Derechohabiente: IMSS ISSSTE PEMEX SEDENA SECMAR
GOB. ESTATAL SEG. PRIVADO SEG. POPULAR SE IGNORA NINGUNA

CANCELADO

SUBSECUENTE (24)
Fecha y hora de ingreso:
Motivo de reingreso:
Diagnóstico de reingreso:
DIAGNOSTICOS DE EGRESO (25)
Fecha y hora de Egreso:
Días estancia:
Diagnostico principal:
CIE-10:
Diagnósticos secundarios:
CIE-10:
Diagnóstico Tercero
CIE-10:
¿El diagnóstico de egreso es el mismo de sus egresos anteriores?(26) SI NO
En caso de no ser el mismo:
Diagnóstico Previo: (27)
Tipo de Estancia(28) Normal Corta

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN:
Procedencia del paciente: Urgencias Consulta Externa Referido (21)
Tipo de ingreso: 1era. Vez Subsecuente (22)
1ERA. VEZ (23)
Fecha y hora de Ingreso:
Motivo de Ingreso:
Diagnóstico de Ingreso:

SERVICIO Y MOTIVO DE EGRESO: (29)
SERVICIO: (30)
Curación Voluntario
Mejoría Fuga
Traslado Defunción
Fecha de la defunción:
Folio del Certif. de def.: (31)

PSIQUIATRIA (32)
DSMIV
Eje I:
Eje II:
Eje III:
Eje IV:
Eje V:



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
59 DE 68

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCIRUGÍA

FECHA AUT.		
DÍA y Mes	MES	AÑO
JUN	30	2004
UNIDAD DE PLANTACIÓN		

**INSTRUCTIVO DE LLENADO
EGRESO HOSPITALARIO
DRC-09**

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	FECHA	DÍA, MES Y AÑO EN QUE SE ELABORA LA HOJA.
2	NOMBRE	APELLIDO PATERNO. MATERNO Y NOMBRE(S) DEL PACIENTE
3	REGISTRO	NÚMERO DE REGISTRO DEL PACIENTE
4	NIVEL T.S.	NÚMERO DE REGISTRO DE TRABAJO SOCIAL.
5	EDAD	EL NÚMERO DE AÑOS Y MESES CUMPLIDOS DEL PACIENTE.
6	SEXO	MARCAR CON UNA "X" EN EL RECUADRO QUE CORRESPONDA SI ES MASCULINO O FEMENINO.
7	C.U.R.P	LA CLAVE ÚNICA DE REGISTRO POBLACIONAL.
8	ESTADO CIVIL	ESTADO CIVIL ACTUAL DEL PACIENTE.
9	FECHA DE NACIMIENTO	DÍA, MES Y AÑO DE NACIMIENTO DEL PACIENTE.
10	ESCOLARIDAD	NIVEL DE ESTUDIOS DEL PACIENTE.
11	LUGAR DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO DEL PACIENTE.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
60 DE 68

FECHA AUT.
DÍA MES AÑO
JUN. 30 2006
UNIDAD DE PLANEACION

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCIROUGÍA

**INSTRUCTIVO DE LLENADO
EGRESO HOSPITALARIO
DRC-09**

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
12	OCUPACIÓN	OCUPACIÓN O LABOR DEL PACIENTE.
13	ENTIDAD	ESTADO DE LA REPÚBLICA DONDE HABITA EL PACIENTE
14	MUNICIPIO	MUNICIPIO DONDE HABITA EL PACIENTE.
15	LOCALIDAD	LOCALIDAD DONDE HABITA EL PACIENTE
16	TELÈFONO	NÚMERO TELEFÓNICO DONDE SE PUEDE LOCALIZAR AL PACIENTE. APELLIDO PATERNO, MATERNO Y
17	RESPONSABLE LEGAL	NOMBRE(S) DEL RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE.
18	PARENTESCO	EL TIPO DE PARENTESCO QUE TIENE EL RESPONSABLE LEGAL CON EL PACIENTE.
19	EDAD DEL RESPONSABLE	AÑOS CUMPLIDOS DEL RESPONSABLE LEGAL.
20	DERECHOHABIENTE	MARCAR CON UNA "X" EL TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL QUE TIENE EL PACIENTE.
21	PROCEDENCIA DEL PACIENTE	MARCAR CON UNA "X" EL TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL QUE TIENE EL PACIENTE.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
61 DE 68

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCIRUGÍA

FECHA AUT.

DÍA	MES	AÑO

JUN. 30 2004
 UNIDAD DE PLANEACION

INSTRUCTIVO DE LLENADO
EGRESO HOSPITALARIO
DRC-09

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
22	TIPO DE INGRESO	MARCAR CON UNA "X" EL TIPO DE INGRESO DEL PACIENTE
23	1ERA. VEZ	EN EL RENGLÓN QUE CORRESPONDA, ANOTAR EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE INGRESA EL PACIENTE, EL MOTIVO Y DIAGNÓSTICO DE INGRESO.
24	SUBSECUENTE	EN EL RENGLÓN QUE CORRESPONDA, ANOTAR EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE INGRESA EL PACIENTE, EL MOTIVO Y DIAGNÓSTICO DE REINGRESO.
25	DIAGNÓSTICO DE EGRESO	EN EL RENGLÓN QUE CORRESPONDA, ANOTAR EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE EGRESO EL PACIENTE, EL NÚMERO DE DÍAS ESTANCIA Y LOS DIAGNÓSTICOS PRINCIPAL, SECUNDARIOS Y TERCERO, CON SU RESPECTIVO CODIGO DE ACUERDO A LA CIE-10.
26	¿EL DIAGNÓSTICO DE EGRESO ES EL MISMO DE SUS EGRESOS ANTERIORES?	MARCAR CON UNA "X" EN EL RECUADRO QUE CORRESPONDA



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
62 DE 68

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCIRUGÍA

FECHA AUT.

DÍA	MES	AÑO
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "MVS"		
JUN. 30 2004		
UNIDAD DE PLANIFICACIÓN		

INSTRUCTIVO DE LLENADO
EGRESO HOSPITALARIO
DRC-09

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
27	DIAGNÓSTICO PREVIO	EN EL CASO DE QUE EL DIAGNÓSTICO DE EGRESO NO SEA EL MISMO A LOS ANTERIORES, ANOTAR EL PREVIO.
28	TIPO DE ESTANCIA	MARCAR CON UNA "X" EN EL RECUADRO QUE CORRESPONDA AL TIPO DE ESTANCIA.
29	SERVICIO Y MOTIVO DE EGRESO	NOMBRE DEL SERVICIO DE DONDE EGRESA EL PACIENTE Y MARCAR CON UNA "X" EL RECUADRO QUE CORRESPONDA AL MOTIVO POR EL QUE EGRESA EL PACIENTE.
30	FECHA DE LA DEFUNCIÓN	DÍA, MES Y AÑO EN QUE FALLECE EL PACIENTE.
31	FOLIO DEL CERT. DE DEF.	NÚMERO DE FOLIO QUE TIENE EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN.
32	PSIQUIATRÍA	SE REFIERA A LA CODIFICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE SALUD MENTAL.
33	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS	EL NOMBRE DE LA CIRUGÍA O CIRUGÍAS, TODO PROCEDIMIENTO QUE AYUDE AL DIAGNÓSTICO Y LOS PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS QUE HAN SIDO REALIZADOS AL PACIENTE, ASÍ COMO EL TIPO DE ANESTESIA: GENERAL, REGIONAL, SEDACIÓN, LOCAL O COMBINADA, QUE HA -



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
63 DE 68

FECHA AUT.

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCIRUGÍA

DÍA	MES	AÑO
JUN. 30	2004	
UNIDAD DE PLANEACION		

INSTRUCTIVO DE LLENADO
EGRESO HOSPITALARIO
DRC-09

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
34	RESUMEN CLÍNICO	<p>YA SIDO UTILIZADA, MARCANDO SI FUE FUERA O EN QUIRÓFANO Y LA CODIFICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO SEGÚN CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL.</p> <p>EL PADECIMIENTO ACTUAL, ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE, IMAGENOLOGÍA, DIAGNÓSTICOS, TRATAMIENTOS, EVOLUCIÓN, PRONÓSTICOS Y SEGUIMIENTO.</p>
35	TRATAMIENTO EMPLEADO (MEDICAMENTO Y DOSIS)	MEDICAMENTOS UTILIZADOS, ASÍ COMO DOSIS, TIEMPO Y RESULTADOS OBTENIDOS, COMO PARTE DEL TRATAMIENTO APLICADO AL PACIENTE.
36	PRONÓSTICO	EVOLUCIÓN POSTERIOR A MANEJO MÉDICO QUIRÚRGICO.
37	RECOMENDACIONES	LOS PROBLEMAS PENDIENTES DE DIAGNÓSTICOS Y/O TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES EN EL MOMENTO DE LA SALIDA DEL PACIENTE
38	PLAN DE EGRESO	INDICACIONES DE MANEJO MÉDICO PARA EL ALTA INSTITUCIONAL DEL PACIENTE.
39	NOMBRE Y FIRMA	EN EL RENGLÓN QUE CORRESPONDA, EL NOMBRE Y LA FIRMA DEL MÉDICO RESIDENTE, DEL MÉDICO ADSCRITO Y DEL JEFE DE SERVICIO.



Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
 Subdirección de Enfermería
 Hoja de Control de Signos Vitales

FOLIO: 1

NOMBRE DEL PACIENTE (ADESOGRÁFO)

y Neurocirugía

FECHA DE INGRESO 4 JUN. 30 2004

No. DE REGISTRO UNIDAD DE PLANEACIÓN

DIAGNÓSTICO _____ 2 No. DE CAMA _____ 3 PESO _____ 5 TALLA _____ 6

FECHA							DÍAS HOSP.							FECHA							DÍAS HOSP.							FECHA							DÍAS HOSP.						
Hora	FC	FR	T/A	Temp	P	14	Hora	FC	FR	T/A	Temp	P	Hora	FC	FR	T/A	Temp	P	Hora	FC	FR	T/A	Temp	P	Hora	FC	FR	T/A	Temp	P											
9	10	11	12	13	00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00						00						00											
					00							00						00																							



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

**HOJA
65 DE 68**

FECHA AUT.

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCIRUGÍA

DÍA	MES	AÑO
11	11	2004
<small>Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía</small>		
JUN. 30 2004		

**INSTRUCTIVO DE LLENADO
HOJA DE CONTROL DE SIGNOS VITALES
DRC-10**

UNIDAD DE PLANIFICACION

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE DE PACIENTE	APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S).
2	DIAGNÓSTICO	DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE EN EL MOMENTO DE SU INGRESO.
3	No. DE CAMA	NÚMERO DE CAMA ASIGNADA AL PACIENTE.
4	FECHA DE INGRESO	DÍA, MES AÑO.
5	PESO	NÚMERO TOTAL EN KILOGRAMOS QUE PESA EL PACIENTE.
6	TALLA	ESTATURA DEL PACIENTE.
7	No. DE REGISTRO	NÚMEROS DE REGISTRO DEL PACIENTE.
8	FECHA	DÍA, MES Y AÑO DE ELABORACIÓN DEL REPORTE.
9	HORA	HORA Y MINUTOS DE LA TOMA DE LOS PARÁMETROS.
10	FC	NÚMERO TOTAL DE LATIDOS CARDÍACOS POR MINUTO.
11	FR	NÚMERO TOTAL DE FRECUENCIA RESPIRATORIA POR MINUTO.
12	T/A	PRESIÓN ARTERIAL.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
66 DE 68

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCIROLOGÍA

FECHA AUT
Instituto Nacional de Neurocirugía y Neurología
DÍA MES AÑO
JUN 30 2004
UNIDAD DE PLANEACIÓN

INSTRUCTIVO DE LLENADO
HOJA DE CONTROL DE SIGNOS VITALES
DRC-10

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
13	TEMP.	GRADOS CENTÍGRADOS.
14	P	LAS CARACTERÍSTICAS QUE PRESENTAN LOS OJOS.
15	ACTIVIDAD MOTORA	CON UNA CRUZ EN EL DIBUJO LA MOVILIDAD DETECTADA EN LOS MIEMBROS DEL PACIENTE.
16	ESTADO DE CONCIENCIA	NOMBRE DEL ESTADO QUE GUARDA EL PACIENTE POR TURNO.
17	SOLUCIÓN I.V.	TOTAL DE SOLUCIÓN ADMINISTRADA POR TURNO.
18	VISITA	NOMBRE DEL MÉDICO ENCARGADO DEL TURNO.
19	BAÑO	EL TIPO DE ASEADO REALIZADO.
20	DIETA	TIPO DE DIETA ADMINISTRADA.
21	APETITO	CRUCES SEÑALANDO EL TOTAL DE ALIMENTO INGERIDO.
22	REPOSO	EL TIPO DE REPOSO QUE GUARDA EL PACIENTE.
23	DEFECACIÓN	NÚMERO DE EVACUACIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

**HOJA
67 DE 68**

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCIRUGÍA

FECHA AUT.

DÍA	MES	AÑO
JUN. 30 2004		

UNIDAD DE PLANEACION

**INSTRUCTIVO DE LLENADO
HOJA DE CONTROL DE SIGNOS VITALES
DRC-10**

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
24	DIARESIS	TOTAL DE LÍQUIDOS DE ORINA, POR TURNO.
25	OBSERVACIONES	CARACTERÍSTICAS IMPORTANTES QUE PRESENTÓ EL PACIENTE EN EL TURNO QUE SE EVALÚA.
26	TOTAL DE LÍQUIDO	NÚMERO TOTAL DE SOLUCIONES ADMINISTRADAS POR TURNO.
27	NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE DEL MEDICAMENTO ADMINISTRADO.
28	DOSIS	LA CANTIDAD ADMINISTRADA DEL MEDICAMENTO.
29	FECHA	DÍA, MES, AÑO.
30	Vo. Bo.	NOMBRE DE LA JEFA DE ENFERMERAS DEL SERVICIO.
31	NOMBRE DE LA ENFERMERA	NOMBRE DE LA ENFERMERA QUE REQUISITO LA HOJA, POR TURNO.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
68 DE 68

FECHA AUT.		
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "LAVS"		
DÍA	MES	AÑO
JUN	30	2004
UNIDAD DE PLANEACION		

SUBDIRECCIÓN DE NEUROCIROGÍA

HOJA DE AUTORIZACIÓN DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD DE RADIONEUROCIROGÍA

ELABORARON

DR. MIGUEL ANGEL CELIS LÓPEZ
Jefe de la Unidad de Radioneurocirugía

LIC. CARMEN AMBROSIO TORRES
Coordinación Médica

REVISÓ

DR. ALFREDO GÓMEZ AVIÑA
Director Médico

SANCIONÓ

DR. ROBERTO GALÁN GALÁN
Jefe de la Unidad de Planeación

AUTORIZÓ

DR. JULIO SOTELO MORALES
Director General