

INSTRUCTIVO DE ENTREGA DE PACIENTE A EQUIPO DE TRASLADO EN PACIENTE QUE EGRESA TRASLADADO A OTRO CENTRO

CLÍNICA INDISA	
INSTRUCCIONES DE TRABAJO	IT-
<ul style="list-style-type: none"> • Entrega de paciente a equipo de traslado cuando se traslada a otro centro. 	Versión N°3

- **OBJETIVO**

- Definir la metodología de entrega de paciente en un traslado desde Unidad de Neonatología a otro centro.
- Definir antecedentes clínicos, RX y de laboratorio que se entregaran al equipo de traslado en paciente que es trasladado a otro centro
- Definir requisitos técnicos que deben chequearse para entregar paciente a equipo de traslado

- **RESPONSABLE:** Coordinador de neonatología en servicio.

- **EJECUTOR**

- Matrona de turno
- Médico residente

- **RECURSOS**

- Formulario Check List. de paciente de alta
- Formulario de consentimiento informado de traslado a otro centro.

- **PROCEDIMIENTO**

- El neonatólogo tratante informará a familia que su hijo (a) será trasladado a otro centro. El neonatólogo tratante informará a la familia el centro al que el paciente será trasladado y obtendrá el consentimiento informado para el traslado. solicitando a la familia la firma del documento de consentimiento. Este documento quedará en ficha clínica del paciente. El neonatólogo tratante informará a los padres del paciente el nombre del centro, su dirección, el nombre del médico representante del centro y los teléfonos a los cuales puedan comunicarse para solicitar información de su hijo (a)
- El neonatólogo tratante entregará la información clínica, **EPICRISIS MEDICA**, y de los requerimientos específicos del paciente al profesional representante del centro receptor y del equipo de traslado.

- El neonatólogo tratante o residente informará a los padres la hora esperada del traslado, para que si estos lo desean puedan estar presente al momento en que el paciente es retirado de la unidad. Si los padres no están presentes el médico neonatólogo residente les informará la hora en que el traslado se efectuará.
- La matrona de turno asignada por la jefa de turno, matrona tratante, enviará la información clínica, **EPICRISIS DE ENFERMERIA**, por correo electrónico o fax al centro receptor y al equipo de traslado.
- La matrona tratante entrega el paciente a la matrona/enfermera de equipo de traslado, verificando que la identidad del paciente corresponda con la del paciente que requiere ser trasladado.
- Neonatólogo verificará que equipo de traslado dispone del personal y equipamiento necesario para efectuar el traslado.
 - Requerimientos de paciente trasladado.
 - Personal:
 - Médico: Paciente en ventilación mecánica
 - Matrona o Enfermera: Todos
 - Equipamiento:
 - Incubadora: Todos
 - Monitor cardiorrespiratorio y/o saturación: Todos
 - Bombas de Infusión: Todos, excepto RN sin fleboclisis
 - La matrona tratante entrega a la enfermera/matrona de equipo de traslado los antecedentes clínicos, de laboratorio y radiológicos dentro de una carpeta con los siguientes documentos archivados
 - Epicrisis médica
 - Epicrisis de enfermería.
 - Exámenes de laboratorio
 - Exámenes radiológicos con informe adjunto
 - Otros exámenes: Auditivos, Electroencefalograma
 - Efectos personales: ropa, juguetes, imágenes religiosas, etc.
 - La matrona tratante completa formulario de listado de chequeo de alta firmada y solicita a médico o enfermera/matrona de equipo de traslado que firme recepción conforme. Se completa en duplicado, una copia se adjunta a los antecedentes que se van al centro receptor y la otra copia queda en la ficha clínica

ANEXOS

- Formulario de Check list paciente de alta
- Formulario de consentimiento informado de traslado a otro centro.

CHECK LIST PACIENTE TRASLADADO
NOMBRE: _____

FECHA INGRESO: _____ **FECHA DE EGRESO:** _____

DOCUMENTO	MARQUE CON UNA X ENTREGA DE DOCUMENTO
EPICRISIS MÉDICA	
Carnet de alta	
Exámenes de laboratorio	
Screening metabólico ampliado / PKU TSH	
Emisión otoacústica	
Screening cardiopatía congénita	
Radiografías	
Ecografías	
TAC	
Ecocardiografía	
BCG	
Brazalete de identificación	
Epicrisis de enfermería	
Protocolo operatorio	
Consentimiento Informado	
Observaciones:	

 Nombre – Firma
 Matrona Tratante

 Nombre- Firma
 Matrona/enfermera Equipo Traslado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, C.I. N° _____ y Yo
_____, C.I. N° _____ Familiares (indicar
relación con el paciente) _____ de _____
autorizamos su traslado a _____.

El Dr. (a): _____ nos ha explicado la necesidad de efectuar
el traslado y los riesgos potenciales del procedimiento y estando en conocimiento de ellos,
autorizamos realizar todas las acciones necesarias para realizar el traslado.

El Dr. (a): _____ nos ha indicado el centro al que nuestro hijo será
trasladado, nos ha informado su dirección, teléfonos y nos ha informado el nombre del médico
tratante que se hará cargo de la atención de nuestro hijo(a).

Nombre y firma del médico tratante

Nombre y firma del familiar responsable.

Fecha: ____/____/____