

FECHA TECNICA DEL DOCUMENTO			
DATOS GENERALES DEL DOCUMENTO			
NOMBRE DEL DOCUMENTO: MANUAL DE INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS			
❖ OBJETIVO: Garantizar la continuidad, acceso, oportunidad y pertinencia de los servicios de salud que requieren los pacientes a los diferentes niveles de atención, de acuerdo a los requerimientos clínicos y tecnológicos requeridos por la situación de salud del paciente.			
❖ ALCANCE: El presente documento aplica para el personal asistencial y administrativo de la IPS CTJ S.A.S.			
ELABORÓ	REVISÓ	ACTUALIZÓ	FECHA DE APROBACIÓN
NOMBRE: Marcel Diaz G. Asesor de calidad	NOMBRE: Marcel Diaz G. Asesor de calidad	NOMBRE: Anyela Rodríguez Asesor de calidad	01-02-2021

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN	FECHA DE ENTREGA	FECHA DE REVISIÓN
2	Actualización del documento	01-02-2021	01-02-2023



PROCEDIMIENTO DOCUMENTADO DE REFERENCIA DE PACIENTES DE URGENCIA

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Coordinación de la referencia del paciente que estando haciendo uso de los servicios del centro médico requiere de un traslado a una institución de mayor complejidad por su estado clínico.
- Realizar la solicitud de Interconsultas, Remisiones, solicitudes de apoyos diagnósticos o terapéuticos que requiera el paciente acorde a sus signos, síntomas o patología.
- Coordinar el traslado de pacientes que por algún motivo sin ser afiliado ingresó al Centro Médico y requiere de un manejo médico en otro nivel.

MARCO CONCEPTUAL-DEFINICIONES.

El Decreto 4747 de 2007 define: "Referencia y contrarreferencia. Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.

La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud.

La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió.

REFERENCIA DE PACIENTES A SERVICIOS DE URGENCIAS.

Pueden presentarse, entre otros, las siguientes situaciones:

- Que un paciente que es atendido en consulta o para un procedimiento presente una complicación, una reacción o incidente adverso resultante de la atención prestada, que le ocasione una alteración orgánica cuyas características superen la capacidad técnico científica de que se dispone en el consultorio.
- Que un paciente que es atendido en consulta o para un procedimiento presente una complicación, una reacción o incidente adverso sin relación con la atención prestada, que le ocasione una alteración orgánica cuyas características superen la capacidad técnico científica de que se dispone en el consultorio.
- Que una persona (paciente, familiar, acompañante, etc.) que se encuentre en las instalaciones o en su proximidad, presente un evento súbito de alteración de la salud que le ocasione una alteración orgánica cuyas características superen la capacidad técnico científica de que se dispone en el consultorio.



- Que un paciente por su patología o agudización de los síntomas requiere ser remitido a un sitio de mayor complejidad pues las características de su enfermedad superen la capacidad técnico científica de que se dispone en el Centro Médico Cuando ocurra una atención médica o complicación o un evento o incidente adverso derivados de la atención realizada, se procederá a tratar de controlar o resolver la situación aplicando los protocolos de manejo que se tienen previamente establecidos para el manejo de dichas complicaciones.

REFERENCIA DE PACIENTES:

La REFERENCIA DE PACIENTES DE URGENCIA es el proceso mediante el cual un prestador de servicios de salud le envía un paciente a otro prestador para que le provea de los servicios de salud requeridos y realice el manejo de la condición clínica de urgencia del paciente, la cual no pudo ser controlada o resuelta por parte del prestador inicial, por haber superado su capacidad técnico científica.

TRASLADO PRIMARIO: Es el traslado que se realiza de un paciente desde un sitio donde no hay posibilidad de adecuada atención médica de urgencia, hacia otro sitio o institución hospitalaria donde existan los recursos para que se le preste la atención en salud requerida.

URGENCIA Son aquellos eventos en los que, aunque no hay riesgo inminente de muerte ni secuelas invalidantes, hay presencia de síntomas alarmantes que requieren de una pronta intervención médica para estabilizar al paciente.

EMERGENCIA: Son aquellas situaciones en las que existe un riesgo real e inmediato de perder la vida.

PROCEDIMIENTO DE TRASLADO DE PACIENTES

El terapeuta tratante debe definir en cualquier caso si se trata de una situación de urgencia o emergencia de acuerdo a las anteriores definiciones, una vez establecido esto debe:

1. Comunicar al personal de recepción quién será el encargado de activar el plan llamando a una ambulancia, contactando al centro médico más cercano para la atención del usuario y el diligenciamiento de la historia clínica de traslado.
2. Si es necesario se estabilizará al paciente o se le prestarán los primeros auxilios.
3. Remisión de pacientes a IPS de nivel superior para la atención de urgencias:



- a) El terapeuta especifica la complejidad de la ambulancia requerida por el usuario acorde a su patología y severidad.
- b) La recepcionista debe dar la información de la historia clínica a la ambulancia, también debe diligenciar el formato de seguimiento del proceso.
- c) La recepcionista deberá hacer el seguimiento al tiempo transcurrido entre la solicitud de la ambulancia y la respuesta de la Central de referencia, si esta supera los 10 minutos deberá nuevamente comunicarse para hacer seguimiento, y activar la llamada a otra entidad de ambulancias con el fin de lograr respuesta en el menor tiempo posible.
- d) Una vez el paciente es trasladado por la ambulancia se debe diligenciar el "Formato de remisión de pacientes"

DOCUMENTOS DEL USUARIO A LA HORA DE SER REMITIDO

Documentos con los cuales debe ser remitido el paciente:

- a) Historia Clínica completa.
- b) Identificación del usuario con nombre completo, número de cédula de ciudadanía, tarjeta de identidad, Registro civil, cédula de extranjería.
- c) Edad
- d) Responsable del paciente con nombre completo, dirección y teléfono.
- e) Fecha de atención y tipo de atención solicitada
- f) Diagnóstico presuntivo
- g) Motivo de la referencia



TABLA 1
SOLICITUD DEL SERVICIO DE AMBULANCIA

SERVICIOS DE AMBULANCIAS PARA LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA				
NOMBRE DEL SERVICIO	EMERGENCIAS DISTRITALES	REGISTRE AQUÍ OTRO SERVICIO DE AMBULANCIA	REGISTRE AQUÍ OTRO SERVICIO DE AMBULANCIA	REGISTRE AQUÍ OTRO SERVICIO DE AMBULANCIA
TELÉFONO	123			
NOMBRE DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA AMBULANCIA	Xxxxx	Xxxxx	Xxxxx	Xxxxx

TABLA 2
REGISTRO Y CONTROL DEL SERVICIO DE AMBULANCIA

Fecha de solicitud				
Hora de solicitud				
Persona que responde la solicitud				
Tipo de servicio solicitado	TAB*		TAM**	
Resultado de la solicitud				
Hora de llegada de la ambulancia al prestador que REFIERE				
Hora de salida de la ambulancia hacia el RECEPTOR				
Hora de llegada de la ambulancia al RECEPTOR				

* TAB = Traslado Asistencial Básico

**TAM: Traslado Asistencial Medicalizado

NOTA DE REFERENCIA



TERAPIAS C.T.J
INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS

Código: 001-CTJ-ID-MA-ID
Versión: 02
Fecha: 2-02-2023
Página 6 de 6

NOMBRE DEL PRESTADOR:			
FECHA DE REFERENCIA:	HORA DE REFERENCIA:		

DATOS PERSONALES DE IDENTIFICACIÓN

DOCUMENTO NÚMERO:		Tipo de Documento	CC		TI		RC		CE	
1 ^{er} Apellido	2 ^º Apellido	Nombres				Sexo	M		F	

FECHA DE NACIMIENTO	DIA	MES	AÑO	EDAD	ESTADO CIVIL			S	V	C	UL
					A	M	D				

DIRECCIÓN DOMICILIO PACIENTE:

CIUDAD	LOCALIDAD	BARRIO	TELÉFONO

NOMBRE DE LA ASEGURADORA	TIPO DE VINCULACIÓN	OCCUPACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	TELÉFONO

NOMBRE DEL RESPONSABLE	

PARENTESCO DEL RESPONSABLE	TELÉFONO DEL RESPONSABLE

Descripción de la sintomatología, complicación o evento o incidente adverso presentado:

Medidas tomadas previas a la referencia para controlar el problema:

Razones por las cuales se remite:

--

Firma del profesional que refiere

Nombre: _____ N° de Registro profesional: _____