



Servinte

TECNOLOGÍA AL SERVICIO DE LA SALUD

REQUERIMIENTOS SOLUCIÓN ONCOLOGÍA



Este documento fue preparado por:
Carvajal Servicios S.A.S.
Bogotá, Colombia.

Este documento está protegido bajo las leyes de derechos de autor de Colombia y otros países como una obra inédita. Este documento contiene información interna de propiedad de Carvajal Servicios y/o de sus socios en alianza técnica, que no podrá ser divulgada, compartida, transferida, duplicada, usada o revelada en su totalidad o en parte, para cualquier propósito diferente que no sea para evaluar Carvajal Servicios. Queda prohibido cualquier uso o divulgación total o parcial de esta información sin el permiso expreso y por escrito de Carvajal Servicios. ©2019 Carvajal Servicios. Todos los derechos reservados.

This document is protected under the copyright laws of Colombia and other countries as an unpublished work. This document contains internal information that belongs to Carvajal Services and/or its technical alliance partners, which shall not be disclosed outside or duplicated, used or disclosed in whole or in part for any purpose other than to evaluate Carvajal Services. Any use or disclosure in whole or in part of this information without the express written permission of Carvajal Services is prohibited. ©2019 Carvajal Services. All rights reserved.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	4
1. ASPECTOS CONCEPTUALES	6
2. REGISTROS MÉDICOS.....	8
2.1 Registros Médicos de Historia Clínica para Oncología	8
2.1.1 Estadificación.....	8
2.1.2 Tratamientos Externos.....	14
2.1.3 Toxicidades y Complicaciones	16
2.1.4 Educación, Cuidadores y Necesidades	17
3. TABLERO DE GESTIÓN CLÍNICA.....	21
3.1 Filtros	21
3.2 Pacientes asignados a un modelo	22
3.3 Detalle Sesión.....	27
3.4 Detalle Actividad	30
4. REGISTROS CLÍNICOS DESDE EL TABLERO.....	32
4.1 Evaluación Previa	32
4.1.1 Lista de Verificación.....	32
4.1.2 Signos y Síntomas	33
4.1.3 Aptitud para Tratamiento	33
4.1.4 Accesorios de Uso Terapéutico.....	33
4.2 Aplicación Tratamiento	34
4.2.1 Información de la Aplicación.....	34
4.2.2 Ejecución de Actividades.....	35
5. OTROS REGISTROS CLÍNICOS.....	37
5.1 Historia Clínica de Psicología Oncológica	37
5.1.1 Valoración del Duelo.....	37
5.1.2 Valoración Psicoemocional	38
5.1.3 Valoración Espiritual	38
5.1.4 Valoración Psico familiar	40
5.1.5 Información Académica, Laboral y Económica	40
5.1.6 Información de la Vivienda	41
5.2 Historia Clínica de Cuidado Paliativo.....	42
5.2.1 Valoración Situación Actual.....	42
5.3 Historia Clínica de Psicología para Cuidado Paliativo.....	44
5.4 Historia Clínica de Trabajo Social para Cuidado Paliativo	44
5.4.1 Información Demográfica	45
5.4.2 Información de Discapacidades	45
5.4.3 Información Familiar	45
5.4.4 Análisis del Caso	46
5.5 Historia de Enfermería para Cuidado Paliativo.....	47
5.5.1 Analgesia	47
5.6 Asesoría Psicológica Pretratamiento.....	48
5.6.1 Evaluación Síntomas	48
6. OTRAS FUNCIONALIDADES	49
ABREVIATURAS.....	49

INTRODUCCIÓN

El presente documento ha sido elaborado para especificar la necesidad funcional de la solución para Oncología del producto SCSE Servinte Clinical Suite Enterprise con el objetivo de obtener una estimación para el desarrollo de este.

Se describen las diferentes funcionalidades utilizadas para la atención del paciente oncológico, incluyendo la estadificación diagnóstica, cuidado paliativo, la programación de ciclos, el registro de aplicación de quimioterapia, entre otros. Los cuales se complementan con los demás registros que se pueden realizar en Servinte (módulos de cirugía, nutrición, psiquiatría, trabajo social o funcionalidades estándar).

Las definiciones de alcance de este documento, dentro del contrato de desarrollo deben incluir un proceso de levantamiento detallado que confirmen, modifiquen o ajustes las necesidades.

Los prototipos presentados deben ser ajustados de acuerdo con el levantamiento, los botones y colores presentados muestran el alcance y no corresponden a los diseños finales del producto. Se debe hacer ajustes de usabilidad de acuerdo a las funcionalidades que así lo requieran.

Los flujos de registros y consultas de información de los maestros se definen de acuerdo con la estandarización de flujos en el desarrollo del producto web.

Este documento está compuesto de varios capítulos, que describen a nivel de detalle los conceptos y procedimientos necesarios para operar la aplicación eficientemente con un registro de datos correcto y la generación de los diferentes reportes e informes.

El documento está compuesto de siete (5) capítulos:

- El capítulo 1: Describe todos los aspectos conceptuales que el usuario debe conocer para la solución de Oncología.
- El capítulo 2: Presenta la estructura y definición de la Historia Clínica de Oncología.
- El capítulo 3: Presenta la estructura y definición del Tablero de Tratamiento.
- El capítulo 4: Presenta la estructura y definición de los Registros Clínicos desde el Tablero.
- El capítulo 5: Presenta la estructura y definición de otros registros clínicos.

Manejo de Componentes:

El desarrollo de la historia clínica del producto está orientado al manejo de componentes que pueden ser reutilizados de forma transversal en el producto. Estos componentes y los campos que contienen serán integrados en las historias clínicas con validaciones que especifiquen si deben ser o no visibles y si son o no requeridos.

Los componentes deben ser desarrollados para que permitan estas validaciones. La parametrización de las reglas de visibilidad, requeridos e historias clínicas en las que aplica se realizará desde el producto en Carvajal.

1. ASPECTOS CONCEPTUALES

La solución de Oncología tiene como objetivo principal realizar los registros clínicos entorno a la especialidad y realizar el seguimiento de los pacientes con diagnóstico confirmado y/o que se encuentran en un tratamiento oncológico.

La oncología es la especialidad médica que estudia y trata las neoplasias; tumores benignos y malignos, pero con especial atención a los tumores malignos o cáncer.

Dentro de la solución se debe tener en cuenta los siguientes procesos:

Estadificación del Cáncer

El estadio se refiere a la extensión del cáncer, es decir, qué tan grande es el tumor y si se ha extendido. Cuando el profesional conoce el estadio del cáncer, le permitirá:

- Entender la gravedad del cáncer y la posibilidad de sobrevivir a este.
- Hacer el mejor plan de tratamiento.
- Identificar los estudios clínicos que puedan ser opción de tratamiento

Al referirse a un cáncer, los doctores mencionan siempre el estadio asignado al cáncer al momento del diagnóstico, aun cuando empeore o se extienda. Cualquier información nueva de cambios en el cáncer con el tiempo se añade a la designación original del estadio. De esta forma, el estadio no cambia, aun cuando el cáncer pueda cambiar.

Hay muchos sistemas de estadificación. Algunos, como el sistema TNM de estadificación, se usan para muchos tipos de cáncer. Otros son específicos para un tipo determinado de cáncer. La mayoría de los sistemas de estadificación incluyen información acerca de:

- La ubicación del tumor en el cuerpo.
- El tipo de células (tales como adenocarcinoma o carcinoma de células escamosas).
- El tamaño del tumor.
- Si el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos cercanos.
- Si el cáncer se ha diseminado a una parte diferente del cuerpo.
- El grado del tumor, el cual se refiere al aspecto anormal de las células y de la probabilidad de que el tumor crezca y se disemine.

Sistema de estadificación TNM:

- La T se refiere al tamaño y extensión del tumor principal. El tumor principal se llama de ordinario el tumor primario.
- La N se refiere a la extensión de cáncer que se ha diseminado a los ganglios (o nódulos) linfáticos cercanos.
- La M se refiere a si el cáncer se ha metastatizado; es decir, si ha tenido metástasis. Esto significa que el cáncer se ha diseminado desde el tumor primario a otras partes del cuerpo.

Tipos de Tratamiento

Hay muchos tipos de tratamiento para el cáncer, el tratamiento depende del tipo de cáncer y de lo avanzado que esté. Algunas personas con cáncer solo recibirán un tipo de tratamiento, sin embargo, la mayoría reciben una combinación de tratamientos como cirugía con quimioterapia o con radioterapia.

- **Cirugía para el cáncer:** Cuando se usa para tratar el cáncer, la cirugía es un procedimiento por el que un cirujano extirpa el cáncer del cuerpo.
- **Radioterapia:** La radioterapia es un tipo de tratamiento del cáncer que usa altas dosis de radiación para destruir células cancerosas y reducir el tamaño de tumores.
- **Quimioterapia:** La quimioterapia es un tipo de tratamiento del cáncer que usa fármacos para destruir células cancerosas.

Psicología Oncológica

El cáncer es una de las enfermedades con mayor impacto psicológico, con frecuencia tras el diagnóstico de esta enfermedad se generan en el paciente y su grupo familiar, síntomas de ansiedad y depresión. La mayor parte de los pacientes son capaces de enfrentarse de forma adaptativa a la enfermedad, no obstante, un cierto porcentaje de pacientes con cáncer desarrollan trastornos psicopatológicos debido a una vulnerabilidad previa, la presencia de otros acontecimientos estresantes, la ausencia de estrategias de afrontamiento adecuadas o un déficit en apoyo social, así como a las condiciones asociadas a la enfermedad pueden afectar negativamente no sólo a la calidad de vida de dicho paciente sino a la correcta adherencia a los tratamientos.

Cuidados Paliativos

Los cuidados paliativos son un enfoque especial en el cuidado de las personas que tienen enfermedades graves, como cáncer. Los cuidados paliativos se concentran en mejorar la calidad de vida ayudando a pacientes y cuidadores a tratar los síntomas de enfermedades y los efectos secundarios de los tratamientos. Están diseñados para que el equipo de atención médica ayude a las personas que padecen una enfermedad grave a vivir tan bien como sea posible por tanto tiempo como puedan.

Se recomiendan como parte habitual de la atención que se brinda a las personas con cáncer. Los cuidados paliativos no tratan el cáncer, pero se pueden proporcionar en cualquier momento durante esta enfermedad. Con frecuencia se ofrecen cuidados paliativos tan pronto como se diagnostica el cáncer, se proporcionan al mismo tiempo que el tratamiento del cáncer, y continúan después de la conclusión del tratamiento. Uno de sus objetivos es prevenir o tratar los síntomas y los efectos secundarios tan pronto como sea posible.

Resolución 247

Se debe contar con toda la información para realizar el reporte de los pacientes con cáncer a la Cuenta de Alto Costo por parte de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), incluidas las del régimen de excepción, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), públicas, privadas y mixtas y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

2. REGISTROS MÉDICOS

2.1 Registros Médicos de Historia Clínica para Oncología

La historia clínica para oncología es el documento en el cual se registran las condiciones de salud de los pacientes, este documento debe permitir reunir toda la información necesaria para garantizar un diagnóstico y tratamiento médico adecuado. Está compuesta por los siguientes componentes:

Componente	Responsable
Información general	Carvajal
Antecedentes	Carvajal
Revisión por sistemas	Carvajal
Signos vitales	Carvajal
Examen físico	Carvajal
Escalas	Carvajal
Resultados	Carvajal
Diagnóstico	Carvajal
Estadificación (Remisión, Topología y Morfología, Marcadores Tumorales, Estudios Moleculares, Estudios Patológico, Estadíaje, Otras Clasificaciones y Extensión de la Enfermedad)	Tercero
Tratamientos Externos	Tercero
Toxicidades y Complicaciones	Tercero
Educación, Cuidadores y Necesidades	Tercero
Análisis y Plan de manejo	Carvajal
Recomendaciones de egreso	Carvajal
Órdenes Médicas	Carvajal

2.1.1 Estadificación

Este componente se va a tercerizar. Debe permitir al usuario definir el estadio del cáncer, la extensión de su enfermedad, es decir, qué tan grande es el tumor y si se ha extendido. Esto le permite al profesional:

- Entender la gravedad del cáncer y la posibilidad de sobrevivir a este.
- Hacer el mejor plan de tratamiento para el paciente.
- Identificar los estudios clínicos para la opción de tratamiento.

El componente de estadificación se encuentra conformado por las siguientes secciones, la información de este componente debe recuperarse del último registro grabado para el diagnóstico:

Remisión

Se debe tener información de la remisión:

Paciente remitido: ☐ Tipo remisión: Institución: Fecha: 

- Paciente remitido (SI/NO).
- Si el paciente es remitido se solicita la siguiente información:
 - Tipo de remisión: Diagnóstico confirmado fuera del país, diagnóstico confirmado, diagnóstico sin confirmar.
 - Institución que remite: lista desplegable del maestro de entidades, opción de texto libre si no está en la lista.
 - Fecha de remisión (fecha exacta o desconocida).

Topología y Morfología

Se debe tener información de la topología y morfología del diagnóstico:

Factores de riesgo: ☐ Alimentación ☐ Autoinmunidad ☐ Exposición a radiaciones ☐ Genética ☐ Infecciones
☐ Obesidad ☐ Post trasplante ☐ Tabaquismo ☐ Trauma ☐ Otras neoplasias

Localización: Sublocalización:


- Uno o varios factores de riesgo: lista predefinida.
- Localización del tumor: lista predefinida del maestro de localizaciones. Por defecto se asigna la localización asociada al diagnóstico.
- Sublocalización del tumor: lista predefinida del maestro de sublocalizaciones, filtrando por la localización seleccionada. Por defecto se asigna la sublocalización asociada al diagnóstico.

Marcadores tumorales (sólidos)

Si es un diagnóstico oncológico sólido, se debe poder ingresar uno o varios **marcadores tumorales** con la siguiente información:


Marcadores tumorales (sólidos)

Marcador:

Fecha: 

Resultado/Observaciones:

Interpretación:

Previo al tratamiento: ☐ 

- Marcador: se despliega la lista de los tipos de marcadores asociados a la localización seleccionada del maestro.

- Fecha de realización del marcador tumoral (fecha exacta o desconocida).
- Resultado/Observaciones: texto libre.
- Interpretación del marcador (Positiva, Negativa, Otra).
- Indicador de previo al tratamiento (SI/NO).

Estudios Moleculares (hematolinfáticos)

Si es un diagnóstico oncológico hematolinfático, se debe poder ingresar uno o varios estudios moleculares con la siguiente información:

Estudios moleculares (hematolinfáticos)

Estudios:

Fecha: / /

Resultado/Observaciones:

Interpretación:

- Estudio: se despliega la lista de los tipos de estudios moleculares de una lista predefinida.
- Fecha de realización del estudio molecular (fecha exacta o desconocida).
- Resultado/Interpretación: texto libre.
- Observaciones: texto libre.

Estudio Patológico

Se debe tener información de la patología del diagnóstico:

Estudio patológico

Institución donde se realizó:

Número de biopsia:

Muestra enviada a patología:

Fecha muestra: / /

Fecha informe: / /

Método de obtención:

Grado de diferenciación:

Tipo histopatológico:

Subtipo histológico:

CIE-O:

Márgenes tumorales:

Invasión muscular:

Tipo de estudio para el dx:

Factor de certeza del dx:

- Tiene estudio patológico SI/NO.
- Si se realizó el estudio patológico, se solicita la siguiente información:
- Institución donde se realizó el estudio: texto libre
- Número de biopsia: texto libre

- Muestra enviada a patología: texto libre
- Fecha de la muestra (fecha exacta o desconocida)
- Fecha del informe (fecha exacta o desconocida)
- Método de obtención de la muestra: se despliega una lista de valores predefinidos.
- Si es un diagnóstico oncológico sólido, se solicita el Grado de diferenciación: lista de valores del maestro de clasificación del tumor, detalle de grados de diferenciación/inmunofenotipos.
- Si es un diagnóstico oncológico hematolinfático, se solicita el Inmunofenotipo: lista de valores del maestro de clasificación del tumor, detalle de grados de diferenciación/inmunofenotipos.
- Tipo histopatológico: se despliega una lista de valores del maestro de tipos histopatológicos
- Subtipo histopatológico: se despliega una lista de valores predefinidos.
- Si es un diagnóstico oncológico del sistema nervioso central, se solicita el grado OMS, el cual es un texto que se inicializa con un valor recuperado del maestro de tipos histopatológicos, según el tipo histopatológico seleccionado. No es editable.
- Si es un diagnóstico basocelular o escamocelular, se solicita la escala de riesgo propia de este tipo de diagnóstico definida en la configuración del sistema (las escalas son un componente que se tiene actualmente desarrollado en el producto)
- CIE-O: este es un campo calculado que se obtiene con base en la información registrada en sublocalización, localización, código histopatológico y grado de diferenciación.
- Clasificación histológica: se obtiene de una lista de valores predefinidos y del maestro de estadificaciones.
- Si la clasificación histológica es GLEASON, se solicitan los valores de las frecuencias GLEASON (Mas frecuente y Menos frecuente), las cuales son listas de valores de una constante.
- Si se ingresó la clasificación histológica, se solicita el Valor de la clasificación, a partir de una lista predefinida.
- Si es un diagnóstico oncológico sólido, se solicitan los siguientes datos: Márgenes tumorales (Positivos, Negativos), Invasión muscular: texto libre, Mitotic rate - KI 67 index: texto libre, Inmunohistoquímica: texto libre
- Tipo de estudio para el diagnóstico: se despliega una lista de valores predefinidos.
- Si el tipo de estudio es igual a Otros, se pide la descripción de cual otro tipo de estudio.
- Si es un diagnóstico oncológico del sistema nervioso central, se solicita: estadio (lista que se obtiene del maestro de clasificación de tumor - detalle de estadios) y fecha del estadio (fecha exacta o desconocida).
- Si no se realizó el estudio patológico, se solicita el motivo de no realización, a partir de una lista desplegable.
- Luego se solicita el factor de certeza del diagnóstico, a partir de una lista predefinida de valores.
- Si el diagnóstico oncológico es hematolinfático, se solicitan los siguientes campos:
- Riesgo citogenético (Bueno/Pobre).
- Fases: lista para escoger una, varias opciones o ninguna. La lista se obtiene de valores predefinidos.
- Respuesta: lista de valores predefinida.
- Indicador de si hubo Síntomas B S/N.
- Grado: lista de valores predefinida
- Análisis de médula ósea, cariotipo, citogenética y test moleculares: texto libre.

Estadíaaje

Se permiten ingresar uno o varios estadíaajes, con la siguiente información:

Estadía

Estadificación:

T: Sufijo T: N: M:

TNM: Marcador tumoral sérico(S):

Estadio: Fecha:

Observaciones:

247

Estadificación: Clínico 01/04/2018

TNM:

Estadio:

Marcador tumoral sérico(S):


Observaciones

editor

- Estadificación: lista predefinida de valores.
- Valor del T, Valor del N y Valor del M: para cada uno se construye una lista de valores a partir de valores registrados en la sección de topografía (localización del tumor, sublocalización), de la sección de estudio patológico (tipo histopatológico), del maestro de otros datos del diagnóstico (clasificación del tumor, subsección del diagnóstico) y del campo de estadificación.
- Sufijo T: texto libre.
- Valor TNM: se concatenan los valores de TNM, el sufijo T y la estadificación.
- Si es un diagnóstico oncológico sólido y está localizado en los testículos, se solicita el marcador tumoral sérico: es una lista de valores obtenida del maestro de estadificaciones y clasificaciones- Detalle de valores por sublocalización y tipo histológico.
- Si es un diagnóstico oncológico hematolinfático se solicita el valor de la sangre (B): lista de valores del maestro de Estadificaciones y Clasificaciones - Detalle de valores por sublocalización y tipo histológico.
- Estadio: es una lista de valores que se recupera según la estadificación de diferentes maestros (Maestro de clasificación del tumor - Detalle de estadios por clasificación del tumor o Maestro de Estadificaciones y Clasificaciones - Detalle de otras estadificaciones).
- Fecha (dato exacto o desconocida).
- Observaciones: texto libre.
- Indicador de si el estadía se reporta en la resolución 247.

Otras Clasificaciones

Se debe tener información de las otras clasificaciones del diagnóstico:

Clasificación según:	<input type="text"/>	▼
Valor de la Clasificación:	<input type="text"/>	▼
Tumor residual:	<input type="text"/>	▼
Riesgo:	<input type="text"/>	▼
Fecha de evaluación:	<input type="text" value="/ /"/>	
Observaciones:	<input type="text"/>	

- Clasificación según: lista de valores que se obtiene condicionando por localización del tumor, sublocalización y subsección del diagnóstico.
- Valor de la clasificación: lista que se obtiene del maestro de estadificaciones y clasificaciones
- Detalle de otras clasificaciones, condicionando por el dato registrado en Clasificación según, la localización del tumor, sublocalización, el tipo histopatológico y la subsección del diagnóstico.
- Si el diagnóstico oncológico es sólido, se solicita:
 - Tumor residual: lista de valores predefinidos.
 - Riesgo: lista que se obtiene del maestro de clasificación del tumor - Detalle de riesgos.
 - Fecha de evaluación (fecha exacta o desconocida).
 - Observaciones: texto libre.

Extensión de la Enfermedad


Se debe tener información de la extensión de la enfermedad del diagnóstico:

- Si el diagnóstico oncológico es sólido, se solicitan los siguientes datos:

Extensión de la enfermedad (sólidos)

Tamaño/Volumen tumoral:

Órganos comprometidos:

Extensión de la enfermedad: ▼ 

Localización de la metástasis: ▼

- Tamaño/Volumen tumoral: texto libre
- Órganos comprometidos: texto libre
- Extensión de la enfermedad: lista de valores predefinidos
- Si en el campo de Extensión de la enfermedad se escogió "Metástasis a distancia", se solicita la Localización de metástasis, la cuál es una lista de valores predefinidos.

- Si el diagnóstico oncológico es hematolinfático, se solicitan los siguientes datos:

Extensión de la enfermedad (hematolinfáticos)
Otras clasificaciones:
Estadio:
Sitios ganglionares:
Sitios extraganglionares:
[Cálculo de riesgo LMC:](#)

- Otras estadificaciones: lista de valores que se obtiene del maestro de clasificaciones y estadificaciones - Detalle de otras estadificaciones, condicionando por la localización del tumor, sublocalización, subsección del diagnóstico y tipo histopatológico.
- Estadio: lista de valores que se obtiene del maestro de clasificaciones y estadificaciones - Detalle de otras estadificaciones, condicionando por la localización del tumor, sublocalización, subsección del diagnóstico y tipo histopatológico.
- Sitios ganglionares involucrados: lista de valores predefinidos
- Sitios extra ganglionares involucrados: lista de valores predefinidos
- Cálculo de riesgo LMC: es un enlace a la URL.

2.1.2 Tratamientos Externos

Debe permitir registrar la información relacionada con los tratamientos de terapia sistémica, radioterapia, cuidados paliativos, psicología, nutrición y terapias realizados en otras instituciones.

El componente debe contener la siguiente información:

Tratamientos externos

Tipo: ☒ Terapia sistémica ☐ Radioterapia ☐ Cirugía

Descripción del tratamiento:

Diagnóstico:

Tumor de...

Observaciones:

Institución:

Fecha inicio: / / Fecha fin: / /

Terapia sistémica Inicio: 15/08/2017 Fin: 05/09/2017

Descripción tratamiento....

C182 Tumor maligno de colon ascendente

Institución: Instituto de Radioterapia

Ha recibido cuidados paliativos: ☐

Ha sido valorado por psiquiatría: ☐

Ha sido valorado por nutrición: ☐

Recibió soporte nutricional: ☐

Recibió terapias complementarias: ☐

En seguimiento post tratamiento: ☐

Observaciones:

- Se debe poder registrar una o varios Tratamientos externos recibidos por el paciente, con la siguiente información:
 - Tipo de tratamiento: Terapia sistémica/Radioterapia/Cirugía.
 - Descripción del Tratamiento: texto libre.
 - Diagnóstico: buscador de diagnósticos, con opción de buscar por código o nombre del diagnóstico.
 - Fecha inicio: ingresar fecha o desconocida.
 - Fecha fin: ingresar fecha o desconocida.
 - Institución: texto libre.
 - Observaciones: texto libre.
- Debe contener las siguientes preguntas para responder Si/No y observaciones:
 - Ha recibido cuidados paliativos.
 - Ha sido valorado por psiquiatría.
 - Ha sido valorado por nutrición.
 - Recibió soporte nutricional.
 - Recibió terapias complementarias.
 - En seguimiento post tratamiento.

2.1.3 Toxicidades y Complicaciones

Toxicidades

Esta opción permite el registro de una o varias toxicidades presentadas por el paciente. La toxicidad asociada a la quimioterapia se evalúa según el órgano o sistema afectado, a este se le asocia una clasificación en función del momento de la aparición (Inmediata, precoz, retardada, tardía), así mismo, según el órgano afectado se elige el síntoma o manifestación clínica presentado por el paciente y un grado que valora la gravedad del síntoma.

Se debe contar con la siguiente información:

Toxicidades

Tipo de toxicidad:

Clasificación:

Criterio:

Grado:

Observaciones:

Gastrointestinal
Tardía
Vómito
Grado 1

Observaciones...


- Tipo de toxicidad: lista de valores predefinidos.
- Clasificación de la toxicidad: lista de valores predefinidos.
- Criterio (Miocardiopatía/Arritmia).
- Grado de toxicidad: lista de valores predefinida.
- Observaciones: texto libre.

Complicaciones

Esta opción debe permitir registrar si durante el tratamiento se han presentado complicaciones, se puede registrar la información clasificándola en tipo hematológica, infecciosa, metabólica o quirúrgica.

Se debe tener opción de registrar una o varias complicaciones, con la siguiente información:


Complicaciones

Fecha: 

Tipo de complicación: ▼

Descripción:

Observaciones:



Infecciosa 2019/07/16

Se complica...

Observaciones...

- Fecha de la complicación: por defecto la fecha actual o desconocida.
- Tipo de complicación: lista de valores predefinidos.
- Complicación: texto libre.
- Observaciones: texto libre.

2.1.4 Educación, Cuidadores y Necesidades

Debe permitir al usuario dejar evidencia en la historia clínica sobre la valoración de las necesidades, la educación prestada y la información dada a los cuidadores. Información que es requerida por los organismos de acreditación en salud.

Educación

Esta opción debe permitir registrar la educación brindada al paciente, debe contar con la siguiente información:

Educación

Plan educativo:

A quien educó?
 ☐ Paciente
 ☐ Cuidador

Material de apoyo utilizado:
 ☐ Folleto
 ☐ Cartilla
 ☐ Rotafolio
 ☐ Video
 ☐ Verbal
 ☐ Otro

Cómo verificó la comprensión?
 ☐ Evaluación escrita
 ☐ Evaluación verbal
 ☐ Evaluación demostrativa

☐ Otro

Temas en los que educó:

☐ Alimentación
 ☐ Dispositivos
 ☐ Dolor
 ☐ Medicamentos
 ☐ Patología
 ☐ Rehabilitación

☐ Recomendaciones de egreso
 ☐ Seguridad del paciente
 ☐ Signos y síntomas de alarma

☐ Tratamiento
 ☐ Consejería anticoncepción
 ☐ Otro

Descripción breve de la educación:

Desea enviar por correo la educación al paciente?
 ☐
 Correo electrónico:

Se debe registrar la Educación dada al paciente, con la siguiente información:

- Plan educativo: texto libre
- A quien educó: Paciente/Cuidador/Ambos
- Material de apoyo utilizado: lista de valores para escoger varias opciones, con opción de otra en texto libre. La lista puede ser modificada por la institución.
- ¿Cómo verificó la comprensión?: lista de valores para escoger varias opciones, con opción de otra en texto libre. La lista puede modificada por la institución.
- Temas en los que educó: lista de valores para escoger varias opciones, con opción de otra en texto libre. La lista puede modificada por la institución.
- Descripción breve de la educación: texto libre.
- Indicador de enviar educación al paciente por correo.
- Si indica Si, confirmar el correo que se recupera del administrador de pacientes o permitir registrar el correo electrónico si no se trae información.

Cuidadores

Cuidadores

Nombre:

Teléfono:

Parentesco:

Estado de salud:

Vive con el paciente: ☒

Obligaciones fuera del domicilio: ☒

Tiempo de dedicación:

Observaciones:

Juan Alberto Pérez Parentesco: Padre
 Teléfono: 3019886668 Estado de salud: Muy buena
 Vive con el paciente Tiene obligaciones fuera del domicilio
 Tiempo de dedicación: 1/2 día

Indicador de cuidador principal

Se debe permitir registrar uno o varios Cuidadores con la siguiente información:

- Nombre: texto libre.
- Teléfono: texto libre
- Estado de salud: lista de valores configurable.
- Parentesco: lista de valores configurable
- Vive con el paciente (SI/NO)
- Cuidador principal (SI/NO)
- Obligaciones fuera del domicilio (SI/NO)
- Tiempo de dedicación: lista de valores configurable
- Observaciones: texto libre

Necesidades

Necesidades

Quien responde la evaluación:
 ☐ Paciente
 ☐ Cuidador
 ☐ Ambos

El paciente requiere acompañamiento permanente de un cuidador?
 ☒

Observaciones:

		Observaciones
El paciente requiere acompañamiento permanente por un cuidador?	<input checked="" type="checkbox"/>	<div></div>
	Paciente	Cuidador
Tiene limitación física, cognitiva o sensorial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Requiere apoyo para comunicación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene una condición especial para su alimentación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creencia religiosa o espiritual:	<div></div>	<div></div>
Nivel de escolaridad:	<div></div>	<div></div>
Conocimiento sobre la enfermedad:	<div></div>	<div></div>
Cómo desea recibir educación?	<div></div>	<div></div>
Emociones percibidas:	<div></div>	<div></div>

Se debe poder registrar la información de Necesidades, así:


- ¿Quién responde la evaluación? Paciente/Cuidador/Ambos
- El paciente requiere acompañamiento permanente de un cuidador S/N
- Observaciones: texto libre
- Cuestionario para ser llenado para el Paciente, el Cuidador y con un campo de observaciones por cada pregunta. Tanto para el paciente como para el cuidador se presenta una lista de valores para escoger una o varias opciones. Las preguntas son:
 - Limitación física, cognitiva o sensorial
 - Apoyo para comunicarse
 - Condición especial para alimentación
 - Creencia religiosa o espiritual
 - Nivel de escolaridad
 - Conocimiento sobre la enfermedad
 - ¿Cómo desea recibir educación?

3. TABLERO DE GESTIÓN CLÍNICA

Desde el tablero de gestión clínica se realiza la programación, ejecución y seguimiento de los tratamientos ordenados al paciente y de las rutas integrales de salud asociadas al paciente.


3.1 Filtros

El tablero debe tener la opción para realizar consultas por los siguientes filtros:


Filtros: 

☒ Pacientes asignados a un modelo
☐ Pacientes agendados para una fecha
☐ Pacientes por agendar


Estructura administrativa:

Sede Centro 


Responsable:



Especialidad:




Modelo de Prestación:


Terapia sistémica 

Tipo de modelo: Tratamiento


Tipo de Tratamiento:

Politerapia de alto riesgo 


Protocolo:

Folfiri + Bevacizumab 


Propósito:

Curativo 


Estado:

Iniciado 


Historia:



Fecha cita:

/ / 

Sala:



Número de días de corte:

Limpiar

Recuperar

- Se podrán consultar los pacientes que tienen asociado un modelo de prestación, de acuerdo con los filtros ingresados.

- Se podrán consultar los pacientes que tienen una sesión/actividad agendada para una fecha, de acuerdo con los filtros ingresados.
- Se podrán consultar los modelos de prestación asignados a un paciente, de acuerdo con los filtros ingresados.
- Se podrán consultar los pacientes que están pendiente por agendar sesiones/actividades hasta un número de días a futuro, de acuerdo con los filtros ingresados.
- Se debe contar con una opción para contraer los filtros y con esto ampliar la pantalla del tablero para tener mejor visualización de la información del paciente.

3.2 Pacientes asignados a un modelo

Al realizar la búsqueda por los filtros seleccionados, el tablero debe mostrar los pacientes con la siguiente información, si hay más pacientes de los que caben en la pantalla se debe habilitar la barra para desplazarse a través de estos:

Filtros:

- ☒ Pacientes asignados a un modelo
- ☐ Pacientes agendados para una fecha
- ☐ Pacientes por agendar

Estructura administrativa:

Sede Centro:

Responsable:

Especialidad:

Modelo de Prestación:

Tipo de modelo: Tratamiento

Tipo de Tratamiento:

Protocolo:

Propósito:

Estado:










Historia:

Fecha cita:

Sala:

Número de días de corte:

Tablero de gestión clínica

Juan Perez (Masculino, 65 años)   		Cooemeva EPS	Iniciado
Dx: Tumor maligno del intestino delgado Inicio: 01/03/2019 Ciclo 1 de 3 Sesión 2 - Día 15 15 días Politerapia de alto riesgo (Foliri + Bevacizumab) Oncología Curativo !			
Luz María García (Femenino, 63 años)   		Sura EPS	Iniciado
Dx: Tumor maligno del intestino delgado Inicio: 04/02/2019 Ciclo 2 de 3 Sesión 2 - Día 15 30 días Politerapia de alto riesgo (Foliri + Bevacizumab) Oncología Curativo !			
Marta Guzmán (Femenino, 68 años)   		Nueva EPS	Iniciado
Dx: Tumor maligno del intestino, no especif. Inicio: 01/03/2019 Ciclo 1 de 3 Sesión 1 - Día 1 15 días Politerapia de alto riesgo (Foliri + Bevacizumab) Oncología Curativo !			

Total registros: 3

- Nombre completo del paciente.
- Género del paciente.
- Edad del paciente.
- Ícono para ver el histórico del paciente (componente ya desarrollado en el producto)
- Ícono para ver todos los diagnósticos que tiene activos el paciente: El desarrollo de esta ventana, debe quedar centralizado para ser utilizada de forma transversal en otras funcionalidades del producto.

Luz María García (Femenino, 63 años)		Politerapia de alto riesgo (Folfox)
Diagnósticos activos		
Diagnóstico	Fecha dx	Edad al dx
C784 - Tumor maligno del intestino delgado	03/08/2017	61 años
K633 - Úlcera del intestino	01/07/2017	61 años

- Ícono para ver las alertas de administración que se han registrado al paciente (este ícono sólo es visible si hay alertas registradas. El desarrollo de esta ventana, debe quedar centralizado para ser utilizado de forma transversal en otras funcionalidades del producto.

Marta Guzmán (Femenino, 68 años)
Alertas de administración
<div> 17/07/2019 12:15 Tratamiento: Politerapia de alto riesgo (Folfini + Bevacizumab) Ciclo 1 de 3 Sesión 2 - Día 15 Actividad: Irinotecan solución inyectable Alerta...el paciente presentó... </div>

- Menú desplegable donde se encuentran las siguientes opciones:

Cancelar modelo
Suspender modelo
Reiniciar modelo
Ver orden
Ver demográficos
Ver trazabilidad de estados
Consentimiento informado

- Cancelar modelo – Se debe registrar la causa por la cual se realiza la acción.

Alberto Jaramillo (Masculino, 56 años) Politerapia de alto riesgo (Folfox)

Cancelar modelo de prestación

Causa: Cuál:

Observaciones:

- Suspendir modelo – Se debe registrar la causa por la cual se realiza la acción.

Alberto Jaramillo (Masculino, 56 años) Politerapia de alto riesgo (Folfox)

Suspender modelo de prestación

Causa: Cuál:

Observaciones:

- Reiniciar modelo – Solo se habilita para modelos de prestación que se encuentran en estado suspendido. Se debe registrar una observación al realizar la acción.

Alberto Jaramillo (Masculino, 56 años)

Politerapia de alto riesgo (Folfox)

Reiniciar modelo de prestación

Observaciones:

Cancelar

Aceptar

- Ver orden: El desarrollo de esta ventana, debe quedar centralizado para ser utiliza de forma transversal en otras funcionalidades del producto

Juan Perez (Masculino, 65 años)

Politerapia de alto riesgo (Folfiri + Bevacizumab)

Sesión 1 - Día 1

Ver Orden

Diagnóstico:	Tumor maligno del intestino delgado		
Fecha de la orden:	01/03/2019	Estado:	Iniciado
Médico que ordena:	Alberto López Figueroa		
Prioridad:	Normal		
Observaciones:	Observaciones de la orden....		
Justificación:	Justificación de la orden....		
Fecha de inicio tratamiento:	15/04/2019 08:00 am		
Ámbito de atención:	Interno ambulatorio		
Duración:	15 días	Ciclo:	1 de 3
Ubicación en el tiempo:	Neoadyuvancia	Propósito:	Curativo
Responsable:	Cooomeva EPS		

Aceptar

- Ver datos demográficos: El desarrollo de esta ventana, debe quedar centralizado para ser utilizado de forma transversal en otras funcionalidades del producto.

Juan Perez
Datos demográficos
Datos de identificación

Identificación: CC-276127132 Historia: 3433333 Género: Masculino
 Correo electrónico: juan.perez@gmail.com Nombre de los padres: Arcesio y Marta

Datos de nacimiento

Fecha de nacimiento: Edad: Localidad:
 Nacionalidad:

Datos de residencia

Dirección: Teléfono fijo: Teléfono móvil:
 Zona:

- Ver trazabilidad de estados: El desarrollo de esta ventana, debe quedar centralizado para ser utilizado de forma transversal en otras funcionalidades del producto

Politerapia de alto riesgo (Folfiri + Bevacizumab)

Ciclo 1 de 3

Trazabilidad de estados

Estado	Usuario	Fecha-hora	Proceso	Observaciones
Ordenado	Alberto Lopez Figueroa	01/03/2019 12:15	Orden Médica	
Iniciado	Juan Piedrahita	14/04/2019 11:30	Asesoría pretratamiento	

Aceptar

- Consentimiento informado (componente ya desarrollado)
 - Empresa responsable de la cuenta del paciente
 - Estado del modelo (Ordenado – Iniciado – Finalizado – Suspendido – Cancelado)

Si es un modelo de prestación de tipo tratamiento:

- Diagnóstico por el cual se ingresó al modelo de prestación.

- Fecha de inicio del tratamiento.
- Ciclos que lleva de la cantidad proyectada por el profesional.
- Número de la sesión en que se encuentra.
- Duración del ciclo.
- Nombre del tratamiento ordenado al paciente.
- Especialidad del profesional.
- Propósito del tratamiento.
- Prioridad de la orden.

Si es un modelo de prestación de tipo ruta integral:

- Nombre de la ruta integral.
 - Fecha de inicio en la ruta
 - Fecha de la última atención en la ruta.
 - Tipo de modelo
- En el pie de página, se muestra la cantidad de registros encontrados de acuerdo con la búsqueda realizada.

3.3 Detalle Sesión

Al expandir la tarjeta del paciente, se debe mostrar la siguiente información:

- Si es un modelo de tipo tratamiento. Este detalle de sesión no aplica para modelos de tipo ruta integral.

Filtros:

- ☒ Pacientes asignados a un modelo
- ☐ Pacientes agendados para una fecha
- ☐ Pacientes por agendar

Estructura administrativa:

Sede Centro

Responsable:**Especialidad:****Modelo de Prestación:**

Terapia sistémica

Tipo de modelo: Tratamiento
 Tipo de Tratamiento:

Politerapia de alto riesgo

Protocolo:

Folfiri + Bevacizumab

Propósito:

Curativo

Estado:

Iniciado

Historia:**Fecha cita:**

/ /

Sala:**Número de días de corte:**

Limpiar

Recuperar

Tablero de gestión clínica

Ordenar

Buscar

Juan Perez (Masculino, 65 años)

...

Cooeiva EPS

Iniciado

Dx:Tumor maligno del intestino delgado Inicio:01/03/2019

Ciclo 1 de 3

Sesión 2 - Día 15

15 días

Politerapia de alto riesgo (Folfiri + Bevacizumab)

Oncología

Curativo

!

Luz María García (Femenino, 63 años)

...

Sura EPS

Iniciado

Dx:Tumor maligno del intestino delgado Inicio:04/02/2019

Ciclo 2 de 3

Sesión 2 - Día 15

30 días

Politerapia de alto riesgo (Folfiri + Bevacizumab)

Oncología

Curativo

!

Marta Guzmán (Femenino, 68 años)

...

Nueva EPS

Iniciado

Dx:Tumor maligno del intestino, no especific Inicio:12/04/2019

Ciclo 1 de 3

Sesión 1 - Día 1

15 días

Politerapia de alto riesgo (Folfiri + Bevacizumab)

Oncología

Curativo

!

+

Antes del ciclo

+

Sesión 1 - Día 1 (15/05/2019)

4 horas

Realizada

...

Confirmar asistencia

Validación farmacéutica

Registro clínico

+

Sesión 2 - Día 15 (30/05/2019)

4 horas

Confirmada

...

Agendar/Reagendar

Evaluación previa

Se integra con módulo de agendamiento

Cancelar cita

Seguimiento

Generar manilla

Ver trazabilidad de estados

Total registros: 3

- Agrupadores definidos en la parametrización del tratamiento y lo ordenado por el profesional.
- Número de la sesión, día de la sesión y fecha programada. (sí aún no se ha programado la sesión, no se debe mostrar la fecha).
- Duración de la sesión.
- Estado de la sesión. (Pendiente – Agendada – Confirmada – Realizada – Suspendida – Cancelada)
- Ícono para agendar/reagendar la sesión - Se debe tener integración con el módulo de agendamiento para programar las sesiones, para modificar la programación o cancelar citas, para las sesiones que son agendables.
- Ícono para confirmar la asistencia del paciente – Se consultan las recomendaciones de la cita para informarlas al paciente. Este estado se integra con el módulo de agendamiento. La confirmación de asistencia dispara los procesos de la aplicación de predespacho y central de mezclas, además la generación de los cargos..

Alberto Jaramillo (Masculino, 56 años)
Politerapia de alto riesgo (Folfox)
Sesión 1 - Día 1

Confirmar asistencia

Estado de la llamada: ☐ Exitosa ☐ Fallida

Persona que confirma:

☒ Paciente

☐ Otra persona Parentesco: Nombre:

Observaciones / Recomendaciones:

Instrucciones de preparación:

Este texto se recupera desde la cita

Cancelar

Aceptar

Fecha: 30/05/2019 08:00 Usuario: Angela Pérez


Al grabar la confirmación, se integra con el módulo de agendamiento

- Sí la sesión requiere validación farmacéutica, se habilita el ícono para hacer llamado a la funcionalidad de validación (componente independiente).
- Sí la sesión requiere evaluación previa, se habilita el ícono para la realización de esta. ([Ver Evaluación Previa](#)).

- Ícono para realizar el registro clínico correspondiente. ([Ver Aplicación Tratamiento](#))
- Menú desplegable donde se encuentran las siguientes opciones:
 - Cancelar cita: Se debe tener integración con el módulo de agendamiento para cancelar la cita.
 - Seguimiento.

Marta Guzmán (Femenino, 68 años) Politerapia de alto riesgo (Folfiri + Bevacizumab) Ciclo 1 (Sesión 1 - Día 1)

Seguimiento

Fecha-hora de seguimiento: 

Forma de contacto: ☐ Presencial ☒ Llamada Telefónica ☐ Correo electrónico ☐ Otro

Quien recibe la información: Parentesco: ▼

Observaciones:

- Generar manilla – Debe contar con datos demográficos e información del tratamiento.
- Ver trazabilidad de estados de la sesión.

Politerapia de alto riesgo (Folfiri + Bevacizumab)
Ciclo 1 de 3 Sesión 1 - Día 1

Trazabilidad de estados

Estado	Usuario	Fecha-hora	Proceso
Pendiente	Alberto Lopez Figueroa	01/03/2019 12:15	Orden Médica
Agendada	Marta Gonzalez	14/04/2019 11:30	Agendamiento
Confirmada	Lina Martínez	18/04/2019 10:15	Confirmación

Aceptar

3.4 Detalle Actividad

Si es un modelo de prestación de tipo tratamiento:

Al ingresar al detalle de las actividades de cada sesión se debe contar con la siguiente información:

+ Antes del ciclo

+ Día 1 - Sesión 1 (15/04/2019) 4 horas Finalizada 📅 ✓ 👤 ⚙️ ...

- Día 15 - Sesión 2 (30/05/2019) 4 horas Confirmada 📅 ✓ 👤 ⚙️ ...

- **Medicamentos y Mezclas**

Bevacizumab 400 mg/16 ml 1 Ampolla, intravenosa, infusion continua
 por 4 horas

Despachado

☰

Irinotecan solución inyectable 300 mg, diluido en Dextrosa al 5% 250 ml
 via intravenosa, infusión continua, por 4 horas

Despachado

☰

Leucovorin solución inyectable 1 Ampolla, intravenosa, infusion continua
 por 4 horas

Despachado

☰

Flourouracile solución inyectable 1 Ampolla, intravenosa, infusion continua
 por 4 horas

Despachado

☰

- **Monitorización**

Trazabilidad de estados

- Descripción de la actividad/medicamento ordenado para la sesión, agrupados de acuerdo con la parametrización del tratamiento.

- Posología ordenada
- Estado de la actividad
- Ícono para ver la trazabilidad de estados de la actividad.

Bevacizumab 400 mg/16 ml
Sesión 1 - Día 1

Trazabilidad de estados

Estado	Usuario	Fecha-hora	Proceso	Observaciones
Ordenado	Alberto Lopez Figueroa	01/03/2019 12:15	Orden Médica	
Despachado	Juan Piedrahita	14/04/2019 11:30	Predepacho	

Aceptar

Si es un modelo de prestación de tipo ruta integral:

Actividad	Frecuencia	Estado	Fecha estado	Fecha planeada	Fecha sugerida
Consulta de primera vez por medicina general	Unica	Realizado	01/05/2019 10:00		
Consulta de control o seguimiento por enfermería	Cada 12 meses	Agendado	01/07/2019 09:50	12/07/2019 08:00	
Estudio de coloración básica en citología vaginal	Cada 12 meses	Pendiente			04/09/2019
Inserción de dispositivo intrauterino anticonceptivo	A necesidad	Pendiente			

Al ingresar al detalle de las actividades de cada sesión se debe contar con la siguiente información:

- Descripción de la actividad/medicamento ordenado
- Frecuencia
- Estado de la actividad

4. REGISTROS CLÍNICOS DESDE EL TABLERO

4.1 Evaluación Previa

Este registro clínico permite al profesional que va a realizar la aplicación del tratamiento, registrar la evaluación de la condición del paciente para determinar si se encuentra apto para recibir los medicamentos. Está compuesta por los siguientes componentes:

Componente	Responsable
Lista de verificación	Tercero
Signos y síntomas	Tercero
Signos vitales	Carvajal
Examen físico	Carvajal
Antecedentes	Carvajal
Escalas	Carvajal
Resultados	Carvajal
Educación, Cuidadores y Necesidades	Tercero: Reutilizar componente de la HC de Oncología
Aptitud para el tratamiento	Tercero
Accesorios terapéuticos	Tercero

4.1.1 Lista de Verificación

La lista de verificación es una serie de preguntas que se responden con Si, No o No Aplica y con un campo de observaciones.

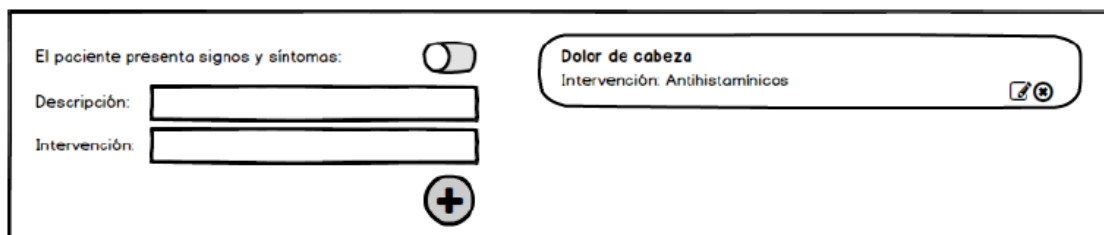
Lista de verificación:		Observaciones
Tiene consentimiento informado?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No aplica	<input type="text"/>
Verificó estado general del paciente?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No aplica	<input type="text"/>
Verificó integridad de piel y mucosas?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No aplica	<input type="text"/>
Validó patrón de eliminación?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No aplica	<input type="text"/>
Verificó resultados paraclínicos?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No aplica	<input type="text"/>

Las preguntas son configurables, por lo tanto debe tener barra de desplazamiento

- En el producto actual se define la lista de verificación que aplica para cada tratamiento.
- Las observaciones se pueden ingresar, aunque se responda Si, No o No Aplica.
- Se tendrá un máximo de 20 preguntas.

4.1.2 Signos y Síntomas

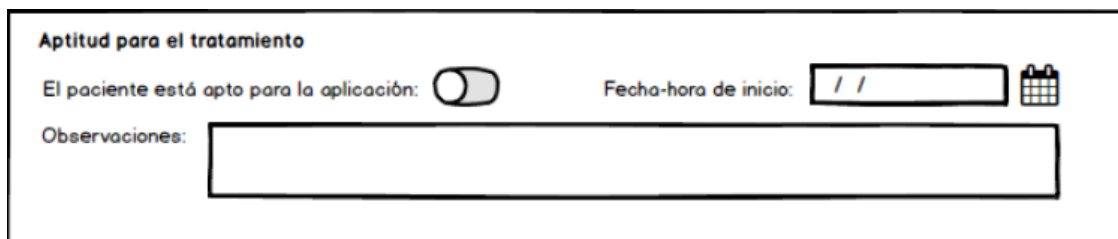
Se deben registrar los siguientes datos:



The form contains a toggle switch labeled 'El paciente presenta signos y síntomas:'. To its right is a rounded rectangle containing the text 'Dolor de cabeza' and 'Intervención: Antihistamínicos'. Below the toggle are two text input fields labeled 'Descripción:' and 'Intervención:'. A plus icon is located at the bottom right of the form.

- Signos y síntomas SI/NO.
- Si responde Si, se habilita para ingresar varios síntomas con:
 - Descripción: texto libre.
 - Intervención: texto libre.

4.1.3 Aptitud para Tratamiento



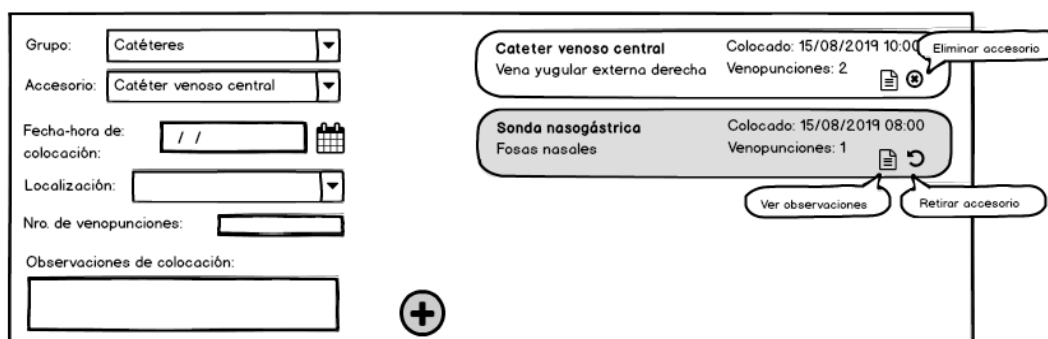
The form has a title 'Aptitud para el tratamiento'. It includes a toggle switch labeled 'El paciente está apto para la aplicación:'. To its right is a date-time input field labeled 'Fecha-hora de inicio:' with a calendar icon. Below these is a large text area labeled 'Observaciones:'.

- Se debe tener un campo para indicar si el paciente es apto para la aplicación del tratamiento SI/NO.
- Si el paciente está apto, se habilita el campo de fecha-hora de inicio de la sesión, asignando por defecto la fecha-hora actual.

4.1.4 Accesorios de Uso Terapéutico

Esta sección se habilita si el paciente se registra como apto para el tratamiento en la sección "Aptitud para el tratamiento".

Accesorios de uso terapéutico:



The form is divided into two main sections. The left section contains input fields for 'Grupo:' (with a dropdown menu showing 'Catéteres'), 'Accesorio:' (with a dropdown menu showing 'Catéter venoso central'), 'Fecha-hora de colocación:' (with a date-time input and calendar icon), 'Localización:' (with a dropdown menu), 'Nro. de venopunciones:' (with a text input), and 'Observaciones de colocación:' (with a text area and a plus icon). The right section displays a list of accessories. The first entry is 'Cateter venoso central' with details 'Vena yugular externa derecha', 'Colocado: 15/08/2019 10:00', and 'Venopunciones: 2'. It has an 'Eliminar accesorio' button. The second entry is 'Sonda nasogástrica' with details 'Fosas nasales', 'Colocado: 15/08/2019 08:00', and 'Venopunciones: 1'. It has 'Ver observaciones' and 'Retirar accesorio' buttons.

- Inicialmente se escoge el tipo de accesorio y de acuerdo con el tipo seleccionado, se presentan los accesorios para ser adicionados al paciente.
- Se debe registrar la fecha y hora de colocación, por defecto es la fecha-hora actual.
- Se debe registrar la localización del accesorio, a partir de una lista predefinida por cada accesorio.
- Se debe registrar el número de venopunciones, el cual es un numérico mayor que 0.
- Se deben poder registrar observaciones de colocación, texto libre.
- Se debe poder configurar los datos obligados al adicionar un accesorio.
- Se debe permitir adicionar uno o varios accesorios terapéuticos.
- Si no se ha firmado el registro clínico, se debe poder eliminar un accesorio adicionado.
- Se deben recuperar los accesorios ya registrados en una nota clínica previa firmada que no hayan sido retirados. Se deben identificar visualmente.
- Sobre los accesorios recuperados de notas clínicas previas, se debe habilitar la opción de retiro del accesorio, solicitando fecha-hora de retiro y observaciones.

4.2 Aplicación Tratamiento

Este registro clínico permite al profesional que realiza la aplicación del tratamiento, registrar la evolución del paciente durante la aplicación de los medicamentos. Está compuesta por los siguientes componentes:


Componente	Responsable
Información de la aplicación	Tercero
Signos vitales	Carvajal
Examen físico	Carvajal
Accesorios terapéuticos	Tercero: Reutilizar componente de Evaluación Previa al Tratamiento
Ejecución de actividades	Tercero
Toxicidades y Complicaciones	Tercero: Reutilizar componente de la HC de Oncología
Educación, Cuidadores y Necesidades	Tercero: Reutilizar componente de la HC de Oncología
Análisis y Plan de manejo	Carvajal
Recomendaciones de egreso	Carvajal

4.2.1 Información de la Aplicación

Debe contar con la siguiente información:

Información de la aplicación

Estado sesión: ☐ Finalizada ☐ Cancelada ☐ Suspendida Causa: Cuál:

Fecha-hora de finalización de la sesión: / / 

Estado tratamiento: ☐ Continúa ☐ Finalizado ☐ Cancelado ☐ Suspendido












Observaciones:

Hidratación:

- Estado sesión: Finalizada/Cancelada/Suspendida
- Si se suspende o cancela sesión, se solicita Causa: lista de valores predefinida, con opción de otra y texto libre.
- Fecha-hora de finalización de la sesión: se inicializa con la fecha-hora actual y se puede modificar.
- Estado ciclo: Continua/Finalizado/Cancelado/Suspendido
- Observaciones: texto libre
- Hidratación: texto libre

4.2.2 Ejecución de Actividades

Se deben presentar las actividades asociadas a la sesión con los agrupadores definidos en el protocolo.

Ejecución de actividades		Estado actual	Nuevo estado	Hora inicio	Hora fin	
Medicamentos y Mezclas						
Bevacizumab 400 mg/16 ml	Despachado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Irinotecan solución inyectable	Despachado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Leucovorin solución inyectable	Despachado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Fluorouracil solución inyectable	Despachado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Monitorización						
Signos vitales	Ordenado	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Balance de líquidos	Ordenado	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Medición del peso	Ordenado	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Materiales						
Jeringa Desechable * 5cc	Despachado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Cantidad Solicitada	Cantidad Utilizada	
Aguja Hipodérmica N°18	Despachado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	0	
Caucho de Succión	Despachado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	3	2	
				2	2	

- Para cada una de las actividades se presenta:
 - El nombre de cada actividad ordenada en el tratamiento.
 - El estado actual de la actividad.
 - Un campo para ingresar el siguiente estado de la actividad se obtiene del grupo de estados asociado a la actividad.
 - Si la actividad es un medicamento o mezcla de administración intravenosa, se presentan los campos de hora inicio y hora fin.
 - Opción para ingresar observaciones a la actividad: texto libre
 - Si la actividad es un medicamento o mezcla, se presenta la opción para ingresar un texto de alerta de administración.
 - Si la actividad es un material, se presenta la cantidad solicitada (obtenida del protocolo) y un campo para ingresar la cantidad utilizada, la cual por defecto es la misma cantidad solicitada, pero se puede modificar.
- Se presenta una opción para adicionar materiales que se gastaron adicional a los planeados.

Adicionar material

Material:

Cantidad utilizada:

Cancelar ▼

Aceptar ▼

5. OTROS REGISTROS CLÍNICOS

5.1 Historia Clínica de Psicología Oncológica

La historia clínica de psicología oncológica permite registrar la valoración de los aspectos psicológicos tanto del paciente como de su entorno familiar, ya que, al tratarse de una enfermedad crónica y que produce gran inquietud, es fundamental no solo abordar la enfermedad desde una perspectiva médica. Está compuesta por los siguientes componentes:

Componente	Responsable
Información general	Carvajal
Antecedentes	Carvajal
Escalas	Carvajal
Diagnóstico	Carvajal
Valoración del duelo	Tercero
Valoración Psicoemocional	Tercero
Valoración espiritual	Tercero
Valoración psico familiar	Tercero
Información Académica, Laboral y Económica	Tercero
Información de la Vivienda	Tercero
Educación, Cuidadores y Necesidades	Tercero: Reutilizar el componente de la HC de Oncología
Análisis y Plan de Manejo	Carvajal
Recomendaciones de egreso	Carvajal
Órdenes Médicas	Carvajal

5.1.1 Valoración del Duelo

Valoración del Duelo

Manifestaciones cognito afectivos del duelo:

Manifestaciones fisiológicas del duelo:

Manifestaciones conductuales del duelo:

Intervención del duelo:

Etapas de KUBLER-ROSS: ▼

Tipo de duelo: Abreviado ▼

Duelo Complicado: NO ☐ SI ☒

- Se debe contar con un campo de texto para registrar las manifestaciones cognito afectivos del duelo.
- Se debe contar con un campo de texto para registrar las manifestaciones fisiológicas del duelo.

- Se debe contar con un campo de texto para registrar las manifestaciones conductuales del duelo.
- Se debe contar con un campo de texto para registrar la intervención del duelo.
- Se debe contar con la opción para seleccionar la etapa Kübler-Ross.
- Se debe contar con una lista desplegable para seleccionar el tipo de duelo.
- Se debe poder indicar si el duelo es complicado.

5.1.2 Valoración Psicoemocional

Valoración psico-emocional

Condiciones de gravedad: ☐ Antecedentes psicopatológicos ☐ Estados confusionales ☐ Ideas suicidas
☐ Tratamiento con psicofármacos

¿El paciente ha tenido cambios en el estado de ánimo en la última semana? NO ☒ SI

¿El paciente siente desinterés emocional? NO ☒ SI

Se ubica en tiempo y espacio: ☐ Alopsíquico ☐ Autopsíquico

Necesidades psicológicas del paciente:

Necesidades psicológicas de la familia:

Percepción del paciente frente a su situación:

Percepción del familiar frente a la situación del paciente:

Estatus físico, mental y emocional:

Hobbies:

- Se debe contar con una opción para seleccionar una o varias condiciones de gravedad.
- Se debe poder indicar si el paciente ha tenido cambios en su estado de ánimo.
- Se debe poder indicar si el paciente siente desinterés emocional.
- Se debe poder seleccionar en que tiempo y espacio se ubica el paciente.
- Se debe contar con un campo de texto para registrar las necesidades psicológicas del paciente.
- Se debe contar con un campo de texto para registrar las necesidades psicológicas de la familia.
- Se debe contar con un campo de texto para registrar la percepción del paciente frente a su situación.
- Se debe contar con un campo de texto para registrar la percepción del familiar frente a la situación del paciente.
- Se debe contar con un campo de texto para registrar el estatus físico, mental y emocional del paciente.
- Se debe contar con un campo de texto para registrar los hobbies del paciente.

5.1.3 Valoración Espiritual

Valoración espiritual

¿El paciente se considera una persona espiritual o religiosa?

NO ☒ SI

Ideales de la muerte:

Necesidades identificadas:

¿El paciente hace parte de una comunidad religiosa o espiritual?

NO ☒ SI

¿Cuál?:

¿Qué tan importante es lo espiritual en la vida del paciente?

¿Cómo le gustaría al paciente manejar los temas relacionados a los cuidados?

¿Cómo influyen estos aspectos en la situación del paciente?

¿Cómo puede la institución asistirle en sus cuidados espirituales?

- Se debe contar con un campo de texto donde se puedan registrar los ideales de la muerte del paciente.
- Se debe contar con un campo de texto donde se puedan registrar las necesidades identificadas en el paciente.
- Se debe poder indicar si el paciente se considera o no, una persona religiosa o espiritual.
 - Sí el paciente se considera una persona religiosa o espiritual, se debe poder indicar si pertenece a alguna comunidad.
 - Sí el paciente pertenece a alguna comunidad, se debe poder registrar a cuál.
 - Sí el paciente se considera una persona religiosa o espiritual, se debe contar con un campo de texto para registrar que tan importante es lo espiritual en la vida del paciente.
 - Sí el paciente se considera una persona religiosa o espiritual, se debe contar con un campo de texto para registrar como le gustaría al paciente que se manejaran estos temas en relación con los cuidados.
 - Sí el paciente se considera una persona religiosa o espiritual, se debe contar con un campo de texto para registrar cómo pueden estar influyendo estos aspectos en la situación actual del paciente.
 - Sí el paciente se considera una persona religiosa o espiritual, se debe contar con un campo de texto para registrar cómo puede la institución asistirle al paciente en sus cuidados espirituales.
 - Sí el paciente se considera una persona religiosa o espiritual, se debe habilitar el sistema de creencias SBI. (15 preguntas con respuesta de acuerdo o en desacuerdo y un campo observaciones)

Sistema de Creencias SBI

Sistema de Creencias SBI:

DESCRIPCIÓN	VALOR	OBSERVACIONES
La religión es importante en mi vida, día a día.	<input type="radio"/> De acuerdo <input type="radio"/> Desacuerdo	
La oración o la meditación he ayudado a lidiar en tiempos de enfermedad grave.	<input type="radio"/> De acuerdo <input type="radio"/> Desacuerdo	
Me gusta asistir a las funciones religiosas de mi grupo religioso o espiritual.	<input type="radio"/> De acuerdo <input type="radio"/> Desacuerdo	
Estoy seguro de que Dios de alguna forma existe.	<input type="radio"/> De acuerdo <input type="radio"/> Desacuerdo	
Yo creo que Dios no me dará una carga que no puedo llevar.	<input type="radio"/> De acuerdo <input type="radio"/> Desacuerdo	
Cuando necesito sugerencias sobre cómo hacer frente a los problemas, conozco a alguien en mi comunidad religiosa o espiritual que puedo recurrir.	<input type="radio"/> De acuerdo <input type="radio"/> Desacuerdo	
Me gusta conocer o hablar a menudo con personas que comparten mis creencias religiosas o espirituales.	<input type="radio"/> De acuerdo <input type="radio"/> Desacuerdo	
Durante los momentos de enfermedad, mis creencias religiosas o espirituales se han fortalecido.	<input type="radio"/> De acuerdo <input type="radio"/> Desacuerdo	
Cuando me siento solo, me baso en la gente que comparte mis creencias espirituales o religiosas de apoyo.	<input type="radio"/> De acuerdo <input type="radio"/> Desacuerdo	
He experimentado una sensación de esperanza, como resultado de mis creencias religiosas o espirituales significativas.	<input type="radio"/> De acuerdo <input type="radio"/> Desacuerdo	
He experimentado la paz de la mente a través de mis oraciones y meditación.	<input type="radio"/> De acuerdo <input type="radio"/> Desacuerdo	
La vida de uno y la muerte sigue un plan de Dios.	<input type="radio"/> De acuerdo <input type="radio"/> Desacuerdo	
Creo que Dios me protege de cualquier daño.	<input type="radio"/> De acuerdo <input type="radio"/> Desacuerdo	
Busco gente en mi comunidad religiosa o espiritual cuando necesito ayuda.	<input type="radio"/> De acuerdo <input type="radio"/> Desacuerdo	
Rezo por ayuda durante los malos momentos.	<input type="radio"/> De acuerdo <input type="radio"/> Desacuerdo	

5.1.4 Valoración Psico familiar

Valoración Psicofamiliar:

Tiene apoyo familiar: NO ☐ SI ☐

Tipología familiar:

- Se debe poder indicar si el paciente tiene apoyo familiar.
- Se debe contar con una opción para seleccionar la tipología familiar.

5.1.5 Información Académica, Laboral y Económica

Información Académica, Laboral y Económica

Escolaridad:	<input type="text" value="Seleccione"/>	Ocupación:	<input type="text" value="Seleccione"/>
Activo laboralmente:	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	Causa:	<input type="text"/>
Tipo Ingresos:	<input type="text" value="Seleccione"/>	Valoración aspectos legales:	<input type="text" value="Seleccione"/>
Recursos económicos:	<input type="text"/>		

- Se debe contar con una opción para registrar la información de la escolaridad del paciente.
- Se debe contar con una opción donde se pueda seleccionar de una lista desplegable la ocupación del paciente.
- Se debe poder indicar si el paciente se encuentra activo laboralmente.
- Sí el paciente no se encuentra activo laboralmente, se debe poder registrar la razón.
- Se debe contar con una opción donde se pueda seleccionar de una lista desplegable el tipo de ingreso del paciente.
- Se debe contar con una opción donde se pueda seleccionar de una lista desplegable la valoración de los aspectos legales del paciente.
- Se debe contar con un campo de texto donde se puedan registrar los recursos económicos del paciente.
- Los campos en los que se encuentre información desde el administrador de pacientes se deben traer.
- Se debe registrar y actualizar los datos en el administrador de pacientes del producto.

5.1.6 Información de la Vivienda

Información de la Vivienda

Zona:	<input type="radio"/> Rural <input type="radio"/> Urbana	Tipo Vivienda:	<input type="text" value="Seleccione"/>	Tipo:	<input type="text" value="Seleccione"/>
Estrato social:	<input type="text" value="Seleccione"/>	Servicios públicos:	<input type="text" value="Seleccione"/>	Transporte:	<input type="text" value="Seleccione"/>
Barreras arquitectónicas:	NO <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/>	Cuales:	<input type="text"/>		
Condiciones de habitabilidad:	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	Cuales:	<input type="text"/>		
Observaciones de la vivienda:	<input type="text"/>				

- Se debe contar con una opción para indicar la zona donde se encuentra la vivienda del paciente.
- Se debe contar una opción donde se pueda seleccionar de una lista desplegable la tenencia de la vivienda del paciente.
- Se debe contar una opción donde se pueda seleccionar de una lista desplegable el estrato social de la vivienda del paciente.
- Se debe contar una opción donde se pueda seleccionar de una lista desplegable el tipo de la vivienda del paciente.
- Se debe contar una opción donde se pueda seleccionar de una lista desplegable el tipo de transporte que utiliza el paciente.

- Se debe contar una opción donde se pueda seleccionar uno o más servicios con los que cuenta la vivienda del paciente.
- Se debe poder indicar si la vivienda cuenta con barreras arquitectónicas.
- Sí la vivienda cuenta con barreras arquitectónicas, se debe poder registrar cuáles.
- Se debe poder indicar si la vivienda cuenta con condiciones de habitabilidad.
- Sí la vivienda no cuenta con condiciones de habitabilidad, se debe poder registrar cuáles.
- Se debe contar con un campo de texto para registrar las observaciones adicionales a la vivienda.
- Los campos en los que se encuentre información desde el administrador de pacientes se deben traer.
- Se debe registrar y actualizar los datos en el administrador de pacientes del producto.

5.2 Historia Clínica de Cuidado Paliativo

La historia clínica de cuidado paliativo permite al profesional registrar los objetivos de prevención y tratamiento de los síntomas y efectos secundarios asociados a una enfermedad grave como el cáncer, se pueden proporcionar en cualquier momento durante la enfermedad. Está compuesta por los siguientes componentes:

Componente	Responsable
Información general	Carvajal
Antecedentes	Carvajal
Revisión por Sistemas	Carvajal
Examen Físico	Carvajal
Resultados	Carvajal
Escalas	Carvajal
Diagnóstico	Carvajal
Valoración Situación Actual	Tercero
Educación, Cuidadores y Necesidades	Tercero: Reutilizar componente de la HC de Oncología
Análisis y Plan de Manejo	Carvajal
Recomendaciones de egreso	Carvajal
Órdenes Médicas	Carvajal

5.2.1 Valoración Situación Actual

Valoración Situación Actual

Momento de Evaluación:

¿El paciente desea solo permanecer en casa?

NO

SI

Percepción de muerte inminente:

NO

SI

Síntomas de agonía:

☐ Afectación sensorial

☐ Alteración de la conciencia

☐ Pérdida del tono muscular

☐ Alteración hemodinámica

☐ Debilidad

☐ Estertores

☐ Postración

☐ Disminución de tolerancia vía oral

Fecha de aparición de los síntomas:

Empeoramiento de los síntomas:

NO

SI

¿Tiene apoyo familiar?

NO

SI

Posible duelo patológico:

NO

SI

Etapas de KUBLER-ROSS:

Objetivos y prioridades según paciente:

Síntomas del grupo familiar:

Aspectos socioculturales a trabajar en el duelo:

Aspectos espirituales a trabajar en el duelo:

Necesidades físicas:

Necesidades emocionales:

Necesidades espirituales:

Intervenciones realizadas:

- Se debe contar con una opción para seleccionar el momento en el que se realiza la valoración del paciente.
- Se debe poder indicar si se evidencia apoyo familiar (SI/NO).
- Se debe poder indicar si el paciente desea solo permanecer en casa (SI/NO).
- Se debe poder indicar si hay posible duelo patológico (SI/NO).
- Se debe poder indicar si hay percepción de muerte inminente (SI/NO).
- Se debe poder seleccionar la etapa de Kübler-Ross.
- Se deben poder seleccionar los síntomas de agonía.
- Se debe poder seleccionar la fecha en la que aparecieron los síntomas de agonía.
- Se debe poder indicar si hay empeoramiento de los síntomas (SI/NO).
- Se debe contar con un campo de texto para registrar los objetivos y prioridades según paciente.
- Se debe contar con un campo de texto para registrar los síntomas del grupo familiar.
- Se debe contar con un campo de texto para ingresar los aspectos socioculturales a trabajar en el duelo.
- Se debe contar con un campo de texto para ingresar los aspectos espirituales a trabajar en el duelo.
- Se debe contar con un campo de texto para ingresar las necesidades físicas del paciente.
- Se debe contar con un campo de texto para ingresar las necesidades emocionales del paciente.
- Se debe contar con un campo de texto para ingresar las necesidades espirituales del paciente.
- Se debe contar con un campo de texto para ingresar las intervenciones realizadas al paciente.

5.3 Historia Clínica de Psicología para Cuidado Paliativo

La historia clínica de psicología para cuidado paliativo permite al profesional poner vital atención en el final de la vida del paciente y definir objetivos básicos para minimizar el impacto psicológico que la proximidad de la muerte puede generar en el paciente y en su entorno. Está compuesta por los siguientes componentes:

Componente	Responsable
Información general	Carvajal
Antecedentes	Carvajal
Escalas	Carvajal
Diagnóstico	Carvajal
Valoración del duelo	Tercero: Reutilizar componente de la HC de Psicología Oncológica
Valoración Psicoemocional	Tercero: Reutilizar componente de la HC de Psicología Oncológica
Educación, Cuidadores y Necesidades	Tercero: Reutilizar componente de la HC de Oncología
Análisis y Plan de Manejo	Carvajal
Recomendaciones de egreso	Carvajal
Órdenes Médicas	Carvajal

5.4 Historia Clínica de Trabajo Social para Cuidado Paliativo

La historia clínica de trabajo social para cuidado paliativo permite al profesional registrar la valoración psico familiar, asesoramiento, acompañamiento y gestión de ayudas requeridas de acuerdo con la situación del paciente, con el fin de promover el bienestar y dignidad de la persona. Está compuesta por los siguientes componentes:

Componente	Responsable
Información general	Carvajal
Antecedentes	Carvajal
Escalas	Carvajal
Información demográfica	Tercero
Información de discapacidades	Tercero
Información familiar	Tercero
Información Académica, Laboral y Económica	Tercero: Reutilizar componente de la HC Psicología Oncológica
Información de la Vivienda	Tercero: Reutilizar componente de la HC Psicología Oncológica
Educación, Cuidadores y Necesidades	Tercero: Reutilizar componente de la HC de Oncología
Análisis del caso	Tercero
Recomendaciones de egreso	Carvajal

5.4.1 Información Demográfica

Información Demográfica

Pertenencia étnica: Religió: Idiomas:

- Se debe contar con una lista desplegable para seleccionar la pertenencia étnica del paciente.
- Se debe contar con una lista desplegable para seleccionar la religión del paciente.
- Se debe contar con una lista desplegable para seleccionar el idioma que habla el paciente.
- Los campos en los que se encuentre información desde el administrador de pacientes se deben traer.
- Se debe registrar y actualizar los datos en el administrador de pacientes del producto.

5.4.2 Información de Discapacidades

Información de Discapacidades

Discapacidad física: NO ☒ SI ¿Cuál?:

Discapacidad mental: NO ☒ SI ¿Cuál?:

- Se debe contar con la opción para indicar si el paciente tiene alguna discapacidad física y/o mental.
- Se debe contar con un campo de texto que permita registrar cuáles son las discapacidades que tiene el paciente.

5.4.3 Información Familiar

Información familiar

Tipología familiar: Grado conocimiento sobre el estado del paciente:

Nombres:

Apellidos:

Edad: Parentesco:

Ocupación:

Estado Civil:

Escolaridad:

Vive con el paciente: ☐ SI ☐ NO

Teléfono:

Observaciones:

Nombre: Ximena Andrea Oviedo Zea Edad: 28 años

Parentesco: Hijo(a) Ocupación: Ingeniero Industrial

Estado Civil: Soltero Escolaridad: Profesional

Vive con el paciente: No Teléfono: 314 5678

Observaciones:  



- Se debe contar con una opción para seleccionar de una lista desplegable la tipología familiar del paciente.
- Se debe contar con un campo de texto donde se pueda registrar el grado de conocimiento que tiene la familia sobre el estado del paciente.
- Se debe contar con la opción para registrar una o varias personas que conforman el núcleo familiar del paciente con la siguiente información: Nombres, apellidos, edad, parentesco, ocupación, estado civil, escolaridad, si vive con el paciente, teléfono y observaciones.

5.4.4 Análisis del Caso

Análisis del caso

Posible duelo patológico: NO ☒ SI Intervención:

Tiene apoyo familiar: NO ☒ SI

Análisis psicosocial:

Análisis cultural:

Análisis espiritual:

- Se debe contar con una opción para indicar si existe posible duelo patológico.
- Se debe contar con una opción para indicar si el paciente tiene apoyo familiar.
- Se debe contar con una opción para seleccionar el tipo de intervención que requiere el paciente.
- Se debe contar con un campo de texto que permita registrar el análisis psicosocial.
- Se debe contar con un campo de texto que permita registrar el análisis cultural.
- Se debe contar con un campo de texto que permita registrar el análisis espiritual.

5.5 Historia de Enfermería para Cuidado Paliativo

La historia de enfermería para cuidado paliativo permite al profesional registrar la valoración y seguimiento realizado al cuidado paliativo del paciente. Está compuesta por los siguientes componentes:

Componente	Responsable
Información general	Carvajal
Examen Físico	Carvajal
Escalas	Carvajal
Analgesia	Tercero
Valoración Situación Actual	Tercero: Reutilizar componente de la HC de Cuidado Paliativo
Educación, Cuidadores y Necesidades	Tercero: Reutilizar componente de la HC de Oncología
Análisis y Plan de Manejo	Carvajal

5.5.1 Analgesia

Analgesia

Tratamiento con Opioides: NO ☒ SI

Tratamiento con Aines: NO ☒ SI

Cateter Epidural: NO ☒ SI

PCA: NO ☒ SI ¿Cuál?:

Efectos secundarios:
☐ Náuseas
☐ Vómito
☐ Xerostomía
☐ Estreñimiento
☐ Sedación
☐ Prurito
☐ Retención Urinaria
☐ Bloqueo motos
☐ Bloqueo sensitivo
☐ Epigastralgia
☐ Somnolencia

- Se debe contar con la opción para indicar si se realizó tratamiento con opioides (SI/NO).
- Se debe contar con la opción para indicar si se realizó tratamiento con aines (SI/NO).
- Se debe contar con la opción para indicar si se utilizó catéter epidural (SI/NO).
- Se debe contar con la opción para indicar si se realizó PCA (SI/NO) e indicar cuales si responde Si.
- Se debe contar con la opción para seleccionar uno o varios efectos secundarios, a partir de una lista configurable.

5.6 Asesoría Psicológica Pretratamiento

Este registro permite al profesional en psicología registrar la asesoría realizada al paciente, previa a la ejecución del tratamiento, con el fin de esclarecer dudas y mitos del paciente frente al tratamiento que se le va a realizar. Está compuesta por los siguientes componentes:

Componente	Responsable
Información general	Carvajal
Evaluación Síntomas	Tercero
Educación, Cuidadores y Necesidades	Tercero: Reutilizar componente de la HC de Oncología
Análisis y Plan de manejo	Carvajal

5.6.1 Evaluación Síntomas

¿Presenta ideas irracionales por mitos u otras causas?:
NO ☒ SI

¿Cuáles?:


Intervención:


Evaluación de los Síntomas Psicológicos y Emocionales Paciente:

- Se debe contar con una opción para indicar si el paciente presenta ideas irracionales por mitos u otras causas (SI/NO)
- Sí el paciente presenta ideas irracionales, se deben habilitar dos campos para registrar cuáles ideas y la intervención realizada.
- Se debe contar con un campo de texto que permita registrar la evaluación de los síntomas psicológicos y emocionales del paciente.

Síntomas Emocionales Familiares

Síntomas Emocionales Familiares

Parentesco: <input type="text" value="Padres"/>	Parentesco: Hijo(a)
Síntoma: <input type="text"/>	Síntoma: Ansiedad, miedo, depresión.
Intervención: <input type="text"/>	Intervención:  



Estrategías de afrontamiento y adaptabilidad:

Dificultades con la autoimagen:

Dificultades y miedos percibidos:

Preguntas sobre la sexualidad y fertilidad:

Observaciones:

- Se debe contar con una opción para registrar uno o varios síntomas emocionales de los familiares, registrando para cada uno el parentesco, el síntoma y la intervención.
- Se debe contar con un campo de texto para registrar las estrategias de afrontamiento y adaptabilidad.
- Se debe contar con un campo de texto para registrar las dificultades con la autoimagen.
- Se debe contar con un campo de texto para registrar las dificultades y miedos percibidos.
- Se debe contar con un campo de texto para registrar las preguntas sobre sexualidad y fertilidad.
- Se debe contar con un campo de texto para registrar las observaciones de la evaluación.

6. OTRAS FUNCIONALIDADES

Funcionalidad	Descripción
Maestros Radioterapia (4)	Inmovilizadores por técnica, zonas del cuerpo a irradiar, tipos de inmovilizadores, patologías por RM.
Reportes atenciones oncológicas (7)	Pacientes, tratamientos, familiares, sesiones, diagnósticos, inmovilizadores, trazabilidad

ABREVIATURAS

- **LMC:** Leucemia Mieloide Crónica.
- **CIE-O:** Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología.
- **TNM:** Sistema de Estadificación de algunos tipos de cáncer.