



LA GESTION DEL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRONICA



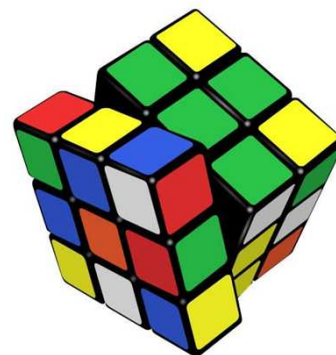
Miquel Burgaya
Xavier Fuertes
Lídia Garcia
Fátima Herrera
Toni Montero
Joan Paloma
Salvador Rigau
Jordi Sarlé

Consorti Sanitari de Terrassa

Los objetivos

Gestión del documento de consentimiento informado:

- Integral
- Rápida
- Eficaz
- Segura
- Eficiente
- Legal

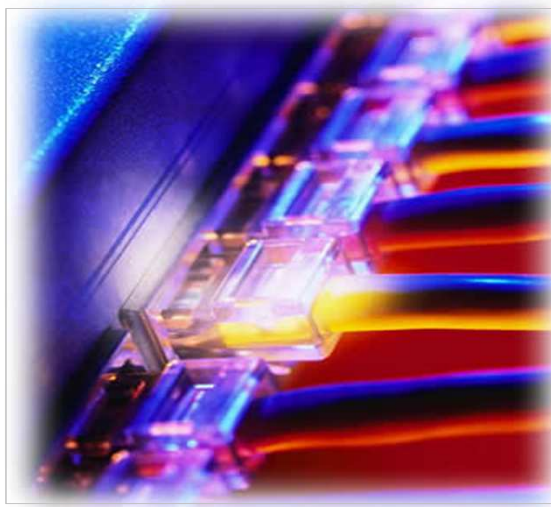


Elementos de la HCE



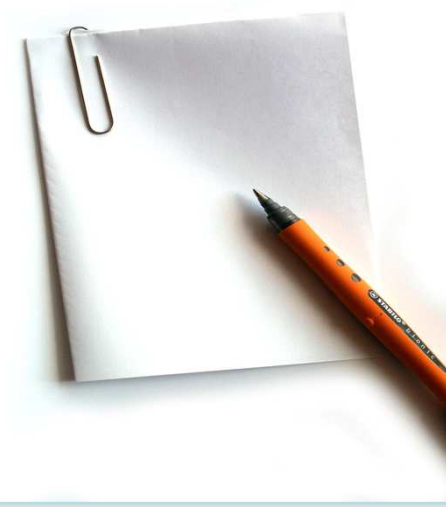
Curso clínico
Informes
Registros clínicos (manuales)
Codificaciones
Prescripción farmacéutica
Dibujos y esquemas

Dibujos y esquemas
Prescripción farmacéutica
Codificaciones



Imágenes Rx
Resultados analíticas
Imágenes endoscopia, AP,...
Fotos (Rx, endoscopia,...)
Documentos PDF (impresión PDF)

Documentos PDF (impresión PDF)
Fotos (Rx, endoscopia,...)



Información en soporte papel

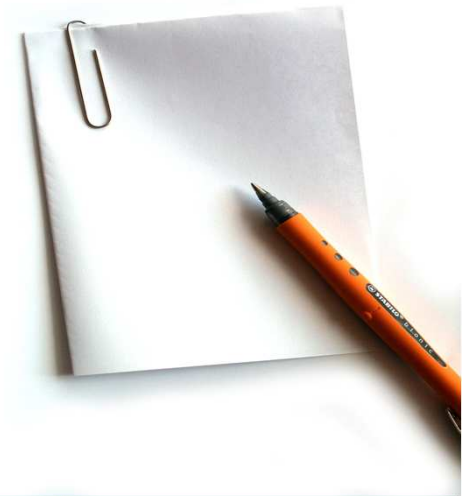
Elementos de la HCE



Informes externos
ECG?

...
Documentos de consentimiento informado

Documentos de consentimiento informado



Información en soporte papel

El DCI: Los antecedentes



El documento de CI genérico

DATA I HORA PREVISTA: / /

NOM I COG.: DATA NAXL: TELÈFON:
NHC: CIP:
ADREÇA:

CST CONSORCI SANITARI DE TERRASSA

**DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT
AUTORIZACIÓ
INTERVENCIÓ / EXPLORACIÓ / TRACTAMENT**

En/ha en qualitat de: Pacient amb D.N.I.

Manifesto voluntàriament que:

El/Dr/a. que m'informa, m'ha informat:

☐ De la necessitat que em sigui practicada una exploració / intervenció / tractament de:

☐ Que els riscos més freqüents són:

☐ (altres informacions):

amb l'entendement més adient al meu cas, si s'escau.

La informació m'ha estat donada de forma comprensible i les meves preguntes han estat contestades, per la qual cosa:

PRENC LLUUREMENT LA DECISIÓ D'AUTORITZAR l'equip mèdic que em porta a realitzar l'exploració/intervenció/tractament de:

signant aquest document.

No m'han donat garanties que es puguin aconseguir els objectius diagnòstics previstos.

Si durant aquest procés sorgeix alguna situació imprevista, autoritzo a l'equip mèdic a que faci el que en aquell moment es consideri més convenient, sempre i quan no sigui possible el meu consentiment previ.

També comprenc que en qualsevol moment i sense necessitat de donar cap explicació puc revocar el consentiment que ara presto.

Terrassa, Signatura del metge
Dr/Cra
Num col·legiat
Servei

Signatura del pacient o responsable:

Signatura del metge que fa la prova/intervenció:
Dr/Cra
Num col·legiat
Servei

Revoco el consentiment donat en data
En / Na amb D.N.I.

Signatura del pacient o responsable:

Signatura del metge
Dr/Cra
Num col·legiat
Servei



Los primeros pasos: Fase 1



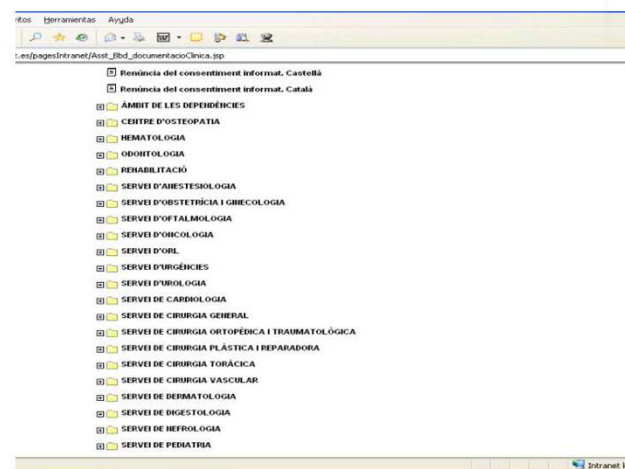
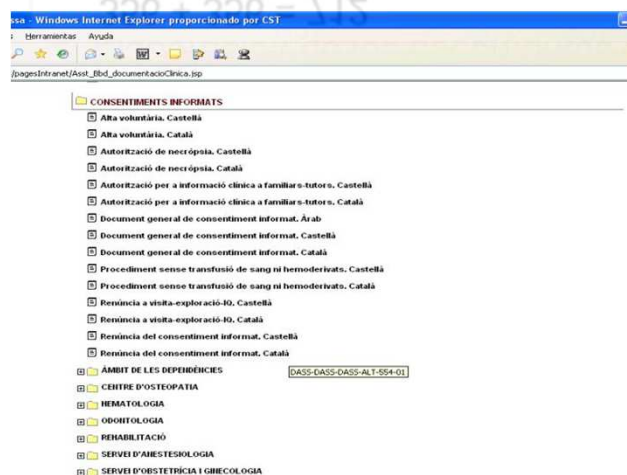
Protocolo de elaboración del documento de consentimiento informado

CST: CONSORCI SANITARI DE TERRASSA		PROTOCOL D'ELABORACIÓ I D'UTILITZACIÓ DEL DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT		
Comitè de Consentiment Informat		VER: 5	Data Edició: 20/05/09	Data Revisió: 20/05/11
SAS2-DAS2-DAS2-PRP-029		VER: 5	Data Edició: 20/05/09	Data Revisió: 20/05/11
Pag. 1 de 10				
INDEX				
INTRODUCCIÓ				
MARÇ LEGAL				
FORMAT				
NORMES D'ACTUACIÓ				
ANNEX 1: Fulla de Consentiment informat català				
ANNEX 2: Fulla de Consentiment informat castellà				
ANNEX 3: Model de renúncia català				
ANNEX 4: Model de renúncia castellà				
NOM DE COL·LABORADORS				
DOCUMENT CONTROLAT. PROHIBIDA LA SEVA REPRODUCCIÓ NO AUTORIZADA.				

- Ley 21/2000 de la autonomía del paciente
- Información, consentimiento i documento
- Entrega de copia al paciente
- ...

Los primeros pasos: Fase 1

1. Elaboración de un censo de procesos tributarios de documentos de CI
2. Elaboración de los documentos de CI
 $356 + 356 = 712$
3. Incorporación de los documentos en la Intranet corporativa



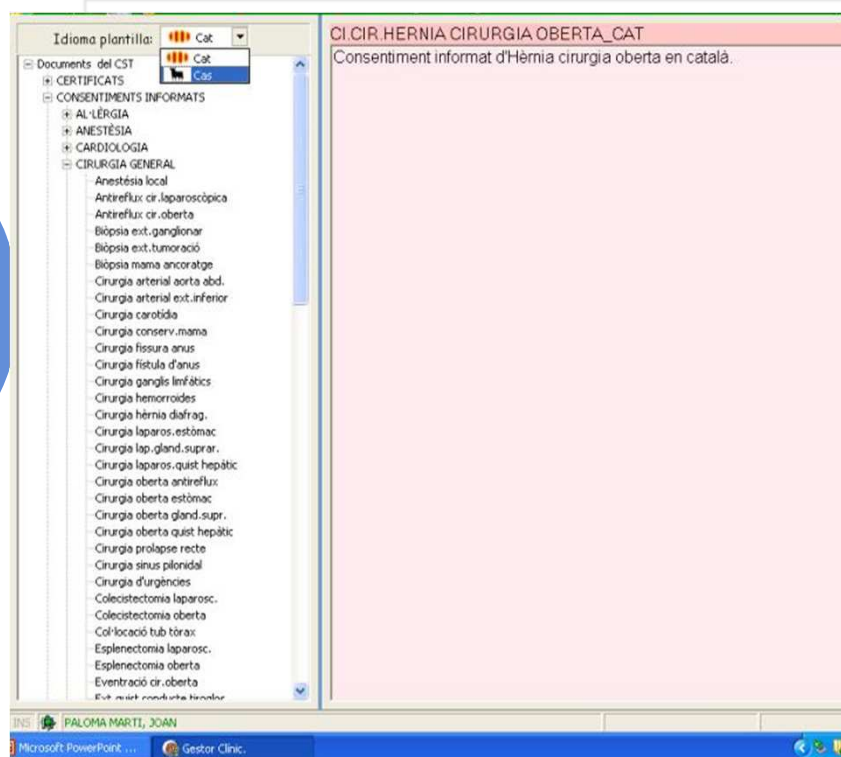
Los primeros pasos: Fase 1

1. Elaboración de un censo de procesos tributarios de documento de CI
2. Elaboración de los documentos de CI
 $356 + 356 = 712$
3. Incorporación de los documentos en la Intranet corporativa
4. Incorporación de los documentos en la HCE y maqueta



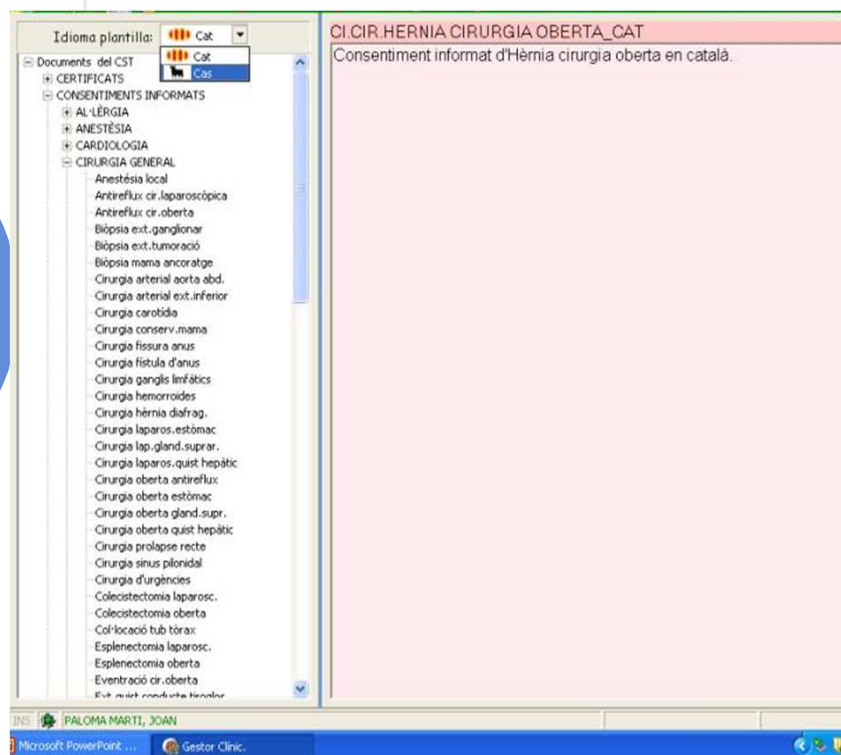
Los primeros pasos: Fase 1

1. Elaboración de un censo de procesos tributarios de documento de CI
2. Elaboración de los documentos de CI
 $356 + 356 = 712$
3. Incorporación de los documentos en la Intranet corporativa
4. Incorporación de los documentos en la HCE y maquetación



Los primeros pasos: Fase 1

1. Elaboración de un censo de procesos tributa
2. Elaboración de los documentos de CI
356 + 356 = 712
3. Incorporación de los documentos en la Intrar
4. Incorporación de los documentos en la HCE



CONSORCI SANITARI DE TERRASSA

FECHA Y HORA PREVISTA: / :

NOM. Y APELL.: AAAA8888CCCC ABCDEFGHIJKLMNOPORS

FECHA NACIM.: 09/01/1920 TELEFONO: 222222222

NHC: 000012 CIP: MEES 1540740009

DIRECCIÓN: CT/ MANRESA POR MATADEPERA 11 12 16 13 14 10

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN INTERVENCIÓN / EXPLORACIÓN / TRATAMIENTO

Dr./Sra. AAAA8888CCCC ABCDEFGHIJKLMNOPORS EEELUUUU con D.N.I. 12345678Z

en calidad de: Paciente

Manifiesto voluntariamente que:

El Dr./Sra. PALOMA MARTI, JOAN

que me atiende, me ha informado:

☒ Que en mi situación, es conveniente proceder al tratamiento quirúrgico de la **HERNIA POR CIRUGIA ABIERTA**.

☒ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardíacas, uso de anticoagulantes, existencia de prótesis, marcapasos, medicación actual o cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (debilidad, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, etc.), pueden aumentarse los riesgos o complicaciones de esta:

- ☒ Que el médico también me ha informado de:
 - ☒ Que el procedimiento requiere anestesia (la más adecuada en mi caso) y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
 - ☒ Que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
 - ☒ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
 - ☒ Que la realización del procedimiento puede ser firmada con motivos científicos o didácticos.
- ☒ Así mismo doy mi consentimiento para que en mi operación, participen médicos en periodo de formación, y para que pueda asistir como observador personal autorizado.
- ☒ Que los riesgos generales y específicos del procedimiento son:
 - ☒ Poco graves y frecuentes: Infección, sangrado o coagulación de líquido en la herida quirúrgica, fiebre, retención aguda de orina, hematoma, dolor prolongado en la zona de la operación.
 - ☒ Poco frecuentes y graves: Dolor postoperatorio prolongado por afectación nerviosa, rechazo de la malla, reproducción de la hernia. En hernias inguinales: inflamación y/o fístula testicular, lesión vascular.
- ☒ (Otras informaciones):

La información me ha sido dada de forma comprensible y mis preguntas han sido contestadas, por tanto:

TOMO LIBREMENTE LA DECISIÓN DE AUTORIZAR al equipo médico que me atiende a realizar la exploración/intervención/tratamiento de la **HERNIA POR CIRUGIA ABIERTA**, firmando este documento.

Si durante este proceso surgiera alguna situación imprevista, autorizo al equipo médico a que haga lo que en ese momento considere más conveniente, siempre y cuando no sea posible mi consentimiento previo.

También entiendo que en cualquier momento, y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Terrassa, MARTES, 25 DE MAYO DE 2010

Firma del médico:
Dr./Sra. PALOMA MARTI, JOAN
Núm. colegiado: 25906
Servicio: CIRURGIA GENERAL

Firma del paciente o responsable:

Firma del médico que realiza la prueba/intervención
Dr./Sra. _____
Núm. colegiado: _____
Servicio: _____

Revoca el consentimiento dado en fecha _____
Dr./Sra. _____ con D.N.I. _____

Firma del paciente o responsable:

Firma del médico:
Dr./Sra. _____
Núm. colegiado: _____
Servicio: _____

Se adjunta información complementaria.

Digitalización del documento de CI firmado en la HCE: Fase 2

1. Inserción de códigos de barras
2. Certificación del escáner
3. RRHH
4. Circuitos

4. Circuitos
3. RRHH



La inserción del código de barras



FECHA Y HORA PREVISTA: / / : :
 NOM. Y APELL.:
 CST: CONSORCI SANITARI DE TERRASSA
 FECHA NACIM.: 06/01/1920 TELEFONO: 22222222
 NHC: 000012 CIP: MEES1540710009
 DIRECCIÓN: CTI MANRESA POR MATADEPERA 11 12 16 13 14

* 0 0 0 0 1 2 - 0 2 4 1 *

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
 AUTORIZACIÓN
 INTERVENCIÓN / EXPLORACIÓN / TRATAMIENTO

Dr./Dña. AAAABBBBCCC ABCDEFGHIJKLMNOPQRS EEEUUUKK con D.N.I. 12345678
 en calidad de: Paciente

Manifiesto voluntariamente que:
 El Dr./Dña. PALOMA MARTI, JOAN que me atiende, me ha informado:

☐ Que en mi situación, es conveniente proceder al tratamiento quirúrgico de la **HERNIA POR CIRUGIA ABIERTA**.
☐ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de evitar de posibles alergias o medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiovasculares, existencia de prótesis, marcapasos, modificaciones actuales o cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (debilidad, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, etc.), pueden aumentar los riesgos o complicaciones como:

☐ Que el médico también me ha informado de:
☐ Que el procedimiento requiere anestesia (la más adecuada en mi caso) y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre o de hemoderivados, con los riesgos que esto puede comportar.
☐ Que existe la posibilidad de tener que modificar el procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado a los hallazgos intraoperatorios.
☐ Que se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.
☐ Que la realización del procedimiento puede ser llevada con métodos quirúrgicos o robóticos.
☐ Así mismo, doy mi consentimiento para que en mi operación, participen médicos en periodo de formación, y para que pueda actuar como observador personal autorizado.
☐ Que los riesgos generales y específicos del procedimiento son:
☐ Poco graves y frecuentes: Infección, sangrado o coagulación de líquido en la herida quirúrgica, fiebre, retención aguda de orina, hematoma, dolor prolongado en la zona de la operación.
☐ Poco frecuentes y graves: Dolor postoperatorio prolongado por afectación nerviosa, rechazo de la leche, reproducción de la hernia. En hernias inguinales: inflamación y dolor testicular, testis vascular.
☐ (Otras informaciones):

La información me ha sido dada de forma comprensible y mis preguntas han sido contestadas, por tanto:
 TOMO LIBREMENTE LA DECISIÓN DE AUTORIZAR al equipo médico que me atiende a realizar la exploración/intervención/tratamiento de la **HERNIA POR CIRUGIA ABIERTA**, firmando este documento.

Si durante este proceso surgiera alguna situación imprevista, autorizo al equipo médico a que haga lo que en ese momento se considere más conveniente, siempre y cuando no sea posible mi consentimiento previo.

También entiendo que en cualquier momento, y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Terrassa, MARTES, 25 DE MAYO DE 2010
 Firma del médico:
 Dr./Dña. PALOMA MARTI, JOAN
 Núm. colegiado: 21906
 Servicio: CIRUGIA GENERAL

Firma del paciente o responsable:
 Firma del médico que realiza la prueba/intervención:
 Dr./Dña. _____
 Núm. colegiado: _____
 Servicio: _____

Revoco el consentimiento dado en fecha _____
 Dr./Dña. _____ con D.N.I. _____

Firma del paciente o responsable:
 Firma del médico:
 Dr./Dña. _____
 Núm. colegiado: _____
 Servicio: _____

Se adjunta información complementaria:

La inserción del código de barras



CST: CONSORCI SANITARI DE TERRASSA

FECHA Y HORA PREVISTA: / / : :
 NOM. Y APELL.: AAAABBBBCCCC ABCDEFGHIJKLMNOPQRS
 FECHA NACIM.: 06/01/1920 TELÉFONO: 222222222
 NHC: 000012 CIP: MEES1540710009
 DIRECCIÓN: CT/ MANRESA POR MATADEPERA 11 12 16 13 14

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
 AUTORIZACIÓN
 INTERVENCIÓN / EXPLORACIÓN / TRATAMIENTO

En/Na AAAABBBBCCCC ABCDEFGHIJKLMNOPQRS EEEUUUKKK con D.N.I. 12345678
 en calidad de: Paciente

Manifiesto voluntariamente que:
 El Dr./Dra. PALOMA MARTI, JOAN

que me atiende, me ha informado:
☐ Que en mi situación, es conveniente proceder al tratamiento quirúrgico de la HERIDA POR CIRUGIA ABIERTA.
☐ Que el médico me ha explicado la preparación que debo hacer antes de la prueba y me ha advertido de la necesidad de avisar de posibles alergias a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardíacas, existencia de prótesis, marcapasos, modificaciones actuales o cualquier otra circunstancia. A causa de mi estado actual (debilidad, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, etc.), pueden

CST: CONSORCI SANITARI DE TERRASSA

DATA I HORA PREVISTA: / / : :
 NOM I COG.: AAAABBBBCCCC ABCDEFGHIJKLMNOPQRS EEE
 DATA NAIX.: 06/01/1920 TELÉFON: 222222222
 NHC: 000012 CIP: MEES1540710009
 ADREÇA: CT/ MANRESA POR MATADEPERA 11 12 16 13 14 15

DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT
 AUTORIZACIÓ
 INTERVENCIÓ / EXPLORACIÓ / TRACTAMENT

En/Na AAAABBBBCCCC ABCDEFGHIJKLMNOPQRS amb D.N.I. 12345678
 en qualitat de: Pacient

Manifiesto voluntàriament que:
 El Dr./Dra. GARCIA PLASENCIA, LIDIA
 De la necessitat que em sigui practicada un P
 ■ També m'ha informat:
 • De la preparació que he de fer abans de la intervenció: prendre els medicaments, alteracions de la coagulació, malalties actuals o qualsevol altra circumstància.
 • Que em seran administrats tractaments amb sang i/o hemoderivats en cas de necessitat vital.
 • Que existeix la possibilitat de modificació de la tècnica anestèsica prevista, el dia de la intervenció quirúrgica, si l'anestesiòleg

Identificación del paciente y el tipo de documento

es al·lèrgies a medicacions

El escáner



Certificado de servidor: 0 € (HC3)
Firma digital: 400 €



El escáner



Certificado de servidor: 0 € (HC3)
Firma digital: 400 €



Los certificados



<http://www.catcert.cat/web/cat/index.jsp>



0 € (HC3)

<http://www.clicksignworld.com/>



400 €

Los certificados



<http://www.catcert.cat/web/cat/index.jsp>



0 € (HC3)

<http://www.clicksignworld.com/>



400 €

La digitalización: las personas



Los circuitos

CIRCUITO DEL C.I. EN LA ACTIVIDAD PROGRAMADA

Impresión



Firma del documento



Archivo: digitalización



CIRCUITO DEL C.I. EN LA ACTIVIDAD URGENTE

Impresión

Firma del documento

Procedimiento



Los circuitos

CIRCUITO DEL C.I. EN LA ACTIVIDAD PROGRAMADA

CIRCUITO DEL C.I. EN LA ACTIVIDAD URGENTE

Digitalización

[illegible]

Los circuitos

CIRCUITO DEL C.I. EN LA ACTIVIDAD PROGRAMADA

CIRCUITO DEL C.I. EN LA ACTIVIDAD URGENTE

EXITUS [30/03/2010] Usuari: [000012] - AAAABBBBCCCC

Criteris de Selecció

Període: HISTÒRIC ☐ R. Anul·lats.

Ubicació: HOSPITAL DE TERRASSA Registre: /

Professional:

Història: 000012 AAAABBBBCCCC ABCDEFGHIJKLMNOPQRS EEEJJJJJJ ☒ Activitat Històric.

Registre	Història	Prova	Data	Hora	Metge Productor	Inf	Edit	Cooperador
377916/09	000012	PRIMERA	25/06/2009	08:39				ABCDEFGHIJKLMNOPQRS EEEJJJJJJ, AA
373110/09	000012	ASPIRAT MEDULLAR	22/06/2009	14:15				ABCDEFGHIJKLMNOPQRS EEEJJJJJJ, AA
372308/09	000012	URGENCIA	22/06/2009	10:08	TOST VALLS, JOSEP RAMON	2		ABCDEFGHIJKLMNOPQRS EEEJJJJJJ, AA
360210/09	000012	INTERVENCIÓ TREBALL SOCIAL	16/06/2009	11:02	CARMONA SANCHEZ, MARGA			ABCDEFGHIJKLMNOPQRS EEEJJJJJJ, AA
429936/09	000012	PRIMERA	15/05/2009	19:04	AZNAR ARRUEBO, ASUNCION			ABCDEFGHIJKLMNOPQRS EEEJJJJJJ, AA
299691/09	000012	URGENCIA	20/05/2009	15:24	TOST VALLS, JOSEP RAMON	1		ABCDEFGHIJKLMNOPQRS EEEJJJJJJ, AA
299690/09	000012	URGENCIA	20/05/2009	15:24	TOST VALLS, JOSEP RAMON	1		ABCDEFGHIJKLMNOPQRS EEEJJJJJJ, AA
296212/09	000012	URGENCIA	19/05/2009	10:48	PONS SEMPERE, JOAN	3		ABCDEFGHIJKLMNOPQRS EEEJJJJJJ, AA

Los circuitos

CIRCUITO DEL C.I. EN LA ACTIVIDAD PROGRAMADA

CIRCUITO DEL C.I. EN LA ACTIVIDAD URGENTE

Gestio de Consentiment Informat
CONSORCI SANITARI DE TERRASSA

ABCDEF GHIJ KLMNÑOPQRS EEEJJJKKK

C.I. deslligats (disponibles):

Data Creació	Tipus de Document	Acció
25/09/2009	C.I. Anestèsia local. Català (Hosp.)	Assignar
28/09/2009	C.I. Anestèsia local. Català (Hosp.)	Assignar
28/09/2009	C.I. Anestèsia local. Català (Hosp.)	Assignar
18/11/2009	Historia digitalitzada CTN	Assignar

C.I. lligats a:

ASPIRAT MEDUL-LAR

Data Creació	Tipus de Document	Acció
28/09/2009	C.I. Anestèsia local. Català (Hosp.)	Alliberar
29/09/2009	C.I. Anestèsia local. Català (Hosp.)	Alliberar

Los circuitos

CIRCUITO DEL C.I. EN LA ACTIVIDAD PROGRAMADA

CIRCUITO DEL C.I. EN LA ACTIVIDAD URGENTE

Documentació assistencial
CONSORCI SANITARI DE TERRASSA

26 / 03 / 2010 | INTRANET CST

Relació de documents:

Data Creació	Tipus de Document
25/09/2009	CI. Anestèsia local. Català (Hosp.)
28/09/2009	CI. Anestèsia local. Català (Hosp.)
28/09/2009	CI. Anestèsia local. Català (Hosp.)

CST CONSORCI SANITARI DE TERRASSA

DATA I HORA PREVISTA: / / : :
NOM I COG.: AAAABBBBCCCC ABCDEFGHIJKLMNOPQRS EFG
DATA NAIX.: 06/01/1920 TELÈFON: 222222222
NHC: 000012 CIP: MEES1540710009
ADREÇA: CT/ MANRESA POR MATADEPERA 11 12 16 13 14 15

DOCUMENT DE CONSENTIMENT INFORMAT
AUTORIZACIÓ
INTERVENCIÓ / EXPLORACIÓ / TRACTAMENT

En/Na AAAABBBBCCCC ABCDEFGHIJKLMNOPQRS EEEJJJK amb D.N.I. 12345678Z
en qualitat de: Pacient
Manifesto voluntàriament que:

Los circuitos

CIRCUITO DEL C.I. EN LA ACTIVIDAD PROGRAMADA

CIRCUITO DEL C.I. EN LA ACTIVIDAD URGENTE

La asociación con el registro de actividad la realiza el médico.

La asociación con el registro se realiza desde el archivo.

El documento de CI queda asociado a la actividad i inutilizado para otros procedimientos iguales en el futuro

Las conclusiones

1. La digitalización del documento de CI es posible.
2. Permite la migración completa hacia la HCE.
3. Exige cambios organizativos i no recursos económicos.
4. La fórmula es aplicable a cualquier formato papel.



Las

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.



Los problemas



ESPECIALIDAD	ASOCIADAS	TOTAL	% CUMPLIMIENTO
ESPECIALIDAD 1	NO	193	52%
	SI	212	
ESPECIALIDAD 2	SI	43	100%
ESPECIALIDAD 3	NO	1	98%
	SI	48	
ESPECIALIDAD 4	NO	9	72%
	SI	23	
TOTAL		529	



Las soluciones

1. Mejora de la comunicación a los profesionales
2. Feed-back de resultados
3. Automatización del proceso ligado a la elaboración de los informes



Las soluciones

1. Mejora de la comunicación a los profesionales
2. Feed-back de resultados



ESPECIALIDAD	ASOCIADAS	Total	% CUMPLIMIENTO
ESPECIALIDAD 1	NO	61	90%
	SI	539	
ESPECIALIDAD2	NO	0	100%
	SI	68	
ESPECIALIDAD 3	NO	0	100%
	SI	82	
ESPECIALIDAD 4	NO	0	100%
	SI	102	
Total general	791	852	93%

Las soluciones

1. Mejora de la comunicación a los profesionales
2. Feed-back de resultados



FECHA	% ASOCIACIÓN
09/02/2011	48%
23/02/2011	51%
16/03/2011	71%
06/04/2011	93%

Las soluciones

Automatización del proceso asociado a la elaboración de los informes

Al guardar un informe, se activa la pantalla de asociación en los siguientes casos:

- Informe de intervención quirúrgica (ambulatoria y no ambulatoria).
- Informe de alta de UCSI.
- Informe de alta de hospitalización.

- Informe de alta de hospitalización.
- Informe de alta de hospitalización.





LA GESTION DEL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRONICA



Miquel Burgaya
Xavier Fuertes
Lídia Garcia
Fàtima Herrera
Toni Montero
Joan Paloma
Salvador Rigau
Jordi Sarlé

Consorti Sanitari de Terrassa