

	PROTOCOLO	CODIGÓ SGC –PLT– 001 – S11	Pág. 1
		VERSIÓN 05	Vigencia VI - 2018

PROTOCOLO PARA ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACION DEL PACIENTE

El presente protocolo se actualizara cada cuatro años de acuerdo a la Resolución Interna 046 del 13 de Junio de 2018, mas sin embargo de existir modificaciones, actualizaciones debidamente avaladas en la Medicina Basada en evidencia o en la normatividad vigente se adoptara como complemento o modificación a este protocolo.

ELABORÓ ENF. ISABEL IMBACUAN O. Jefe Servicios Hospitalización	REVISÓ ENF. BLANCA NUBIA ACOSTA O. Subgerente Científica	APROBÓ DR. CARLOS JULIO GUERRERO C. Gerente
--	--	---

	PROTOCOLO	CODIGÓ SGC –PLT– 001 – S11	Pág. 2
		VERSIÓN 05	Vigencia VI - 2018

INTRODUCCIÓN

La incorrecta identificación de pacientes continúa siendo la principal causa de errores en la asistencia sanitaria. Los problemas en la identificación de pacientes están asociados frecuentemente a errores en la medicación, transfusión, realización de pruebas invasivas y no invasivas, procedimientos, etc, favoreciendo la aparición de eventos graves en el paciente.

El presente protocolo está dirigido a todo el personal de Clínica Las Lajas que participan directamente durante la atención de los pacientes en la institución, el objetivo de este protocolo es de garantizar la correcta identificación, ya que esta es considerada como la primera herramienta en la gestión de calidad; con la implementación de prácticas seguras para prevenir la presencia de eventos adversos y al mismo tiempo fortalecer y desarrollar habilidades encaminadas a evitar errores, en la atención en salud relacionados con la incorrecta identificación.

Para la correcta identificación de los pacientes dentro de la institución se ha establecido que al ingreso se debe hacer un cruce de verificación de la información con los usuarios; al momento de realizar la hoja de inscripción se debe incluir nombres y apellidos completos para lo cual se debe pedir documentos que lo certifiquen o en su defecto verificar en base de datos, en caso de que no los tengan o las condiciones de salud limiten la proporción de la información de forma adecuada; cuando por su estado de conciencia no hay información y no poseen acompañantes, dentro de la Clínica se estableció la asignación de código de identificación que se describe más adelante.

La identificación verbal no es suficiente, ya que se existen pacientes con disminución del nivel de conciencia, con pérdida de atención o con problemas de comunicación, y se puede aumentar la probabilidad de errores, por lo tanto, en la institución además de la identificación redundante verbal al paciente y/o su familiar, en cada proceso, procedimiento y/o atención, se definieron como sistemas de identificación el uso de un Brazaletes de Identificación (BI), el rotulo de identificación de camas y camillas, la hoja de inscripción o admisión, el registro de la identificación completa en la Historia Clínica, el registro de la identificación completa en el kardex y tarjetas de medicamentos.

ELABORÓ ENF. ISABEL IMBACUAN O. Jefe Servicios Hospitalización	REVISÓ ENF. BLANCA NUBIA ACOSTA O. Subgerente Científica	APROBÓ DR. CARLOS JULIO GUERRERO C. Gerente
--	--	---

	PROCOLO	CODIGÓ SGC –PLT– 001 – S11	Pág. 3
		VERSIÓN 05	Vigencia VI - 2018

Con estas estrategias se aumentara la seguridad en los tratamientos médicos, quirúrgicos y farmacológicos de los pacientes. Se trata de medidas que permite aumentar la calidad de la atención brindada por nuestra institución.

Este protocolo define la identificación de pacientes como el acto de acreditar a una persona a su correcta identidad, describe el procedimiento y fundamenta su correcta ejecución y los métodos de identificación serán uniformes para todos los servicios hospitalarios.

ELABORÓ ENF. ISABEL IMBACUAN O. Jefe Servicios Hospitalización	REVISÓ ENF. BLANCA NUBIA ACOSTA O. Subgerente Científica	APROBÓ DR. CARLOS JULIO GUERRERO C. Gerente
--	--	---

	PROTOCOLO	CODIGÓ SGC –PLT– 001 – S11	Pág. 4
		VERSIÓN 05	Vigencia VI - 2018

DEFINICIONES

Identificación: Acto de acreditar a una persona, su identidad a partir de los datos personales que la individualizan y permiten que sea reconocida.

Identificación del Paciente: Es un procedimiento que permite al equipo de salud tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención en Clínica Las Lajas, se debe iniciar desde el ingreso del paciente con datos obligatorios como nombres y apellidos completos, tipo de documento y su número, sexo, edad, fecha de nacimiento, Lugar de residencia habitual y su número telefónico.

Brazalete de identificación (BI): pulsera que cuenta con un cierre seguro, donde se registran datos del paciente, en forma manual.

Brazalete de identificación de alergias: pulsera de color verde que cuenta con cierre seguro, para identificar pacientes que presenten o con antecedentes de alergias a medicamentos.

Carnet de identificación de pacientes con alergias: documento que certifica alergias en el paciente y proporciona atención segura en futuras hospitalizaciones.

Pacientes Extranjeros: Todos aquellos pacientes de nacionalidad no Colombiana que no tienen cédula de identidad nacional.

Pacientes no identificados: Corresponde a aquellas personas que no se puede comprobar la identificación por el motivo que sea.

Nombre Completo (NC): Corresponde a la identificación (nombres y apellidos completos, dos nombres, dos apellidos) de la persona según cédula de identidad o certificado de nacimiento.

ELABORÓ ENF. ISABEL IMBACUAN O. Jefe Servicios Hospitalización	REVISÓ ENF. BLANCA NUBIA ACOSTA O. Subgerente Científica	APROBÓ DR. CARLOS JULIO GUERRERO C. Gerente
---	---	--

	PROTOCOLO	CODIGÓ SGC –PLT– 001 – S11	Pág. 5
		VERSIÓN 05	Vigencia VI - 2018

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Contar con un sistema de prácticas seguras para la correcta identificación de todos los pacientes que requieren cualquier servicio dentro de la institución.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Favorecer la dignidad del paciente al llamado por su nombre
2. Disponer de un sistema estandarizado de identificación
3. Disminuir el riesgo de errores de identificación
4. Disminuir el riesgo de errores de administración de medicamentos, sangre u otros procedimientos que se realicen al paciente durante su estadía.
5. Detectar errores o fallas en la atención relacionadas con la incorrecta identificación de pacientes
6. Identificar factores que favorecen los errores en la identificación de los pacientes
7. Minimizar errores en la atención clínica
8. Favorecer trato personalizado de los pacientes
9. Realizar análisis y seguimiento a los eventos adversos generados por los errores de identificación
10. Socializar los mecanismos de monitoreo y medición del porcentaje de adherencia al protocolo
11. Adoptar prácticas seguras para garantizar la correcta atención en salud.

ALCANCE:

Esta norma debe ser aplicada a todos los pacientes que ingresan a Clínica Las Lajas, sin excepciones.

- Pacientes ingresados a la institución, servicio de urgencias y consulta externa.

ELABORÓ ENF. ISABEL IMBACUAN O. Jefe Servicios Hospitalización	REVISÓ ENF. BLANCA NUBIA ACOSTA O. Subgerente Científica	APROBÓ DR. CARLOS JULIO GUERRERO C. Gerente
--	--	---

	PROTOCOLO	CODIGO SGC –PLT– 001 – S11	Pág. 6
		VERSIÓN 05	Vigencia VI - 2018

- Pacientes atendidos en el servicio de observación.
- Pacientes que permanecen en el servicio de internación (hospitalización-UCI).
- Pacientes ambulatorios que se someten a cirugías.
- Pacientes que acuden por ayudas diagnosticas o a los servicios de apoyo terapéutico: laboratorio clínico, imagenología, fisioterapia.

RESPONSABLES DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO:

Los responsables de la aplicación del Protocolo de Correcta identificación de pacientes es todo el personal asistencial y administrativo de la Institución que tenga contacto con el paciente o requiera realizar un procedimiento o prestar algún servicio.

Responsabilidades para el cumplimiento del protocolo.

Enfermera:

- Gestionar insumos requeridos
- Difundir protocolo en cada área
- Capacitar al personal
- Supervisar el cumplimiento del protocolo
- Realizar aplicación de listas de chequeo
- Realizar análisis de la información y su respectiva socialización
- Elaborar, implementar y evaluar planes de mejora

Oficina de calidad:

- Apoyar capacitación al personal relacionado con la identificación de los pacientes
- Coordinar y participar en reuniones de análisis de resultados
- Participar en evaluación e resultados y elaboración de planes de mejora
- Informar resultados de análisis a directivas

Subgerencia científica:

ELABORÓ ENF. ISABEL IMBACUAN O. Jefe Servicios Hospitalización	REVISÓ ENF. BLANCA NUBIA ACOSTA O. Subgerente Científica	APROBÓ DR. CARLOS JULIO GUERRERO C. Gerente
--	--	---

	PROTOCOLO	CODIGÓ SGC –PLT– 001 – S11	Pág. 7
		VERSIÓN 05	Vigencia VI - 2018

- Supervisar a coordinadores de áreas en el cumplimiento de difusión y supervisión del protocolo
- Supervisar y evaluar planes de mejorar relacionadas con el área de gestión de cuidado
- Apoyar planes de mejora

Gerencia:

- Facilitar recursos humanos y económicos para la implementación y capacitación de este protocolo.

PROCEDIMIENTOS DE IDENTIFICACION

1. ADMISION Y REGISTRO

A. **Servicio de Consulta Externa:** el personal administrativo del admisiones deberá realizar hoja de admisión o inscripción inmediatamente el paciente solicite la atención de consulta externa, en los datos solicitados debe contener nombres y apellidos completos, y demás datos de identificación requeridos en la admisión, para su elaboración se debe hacer cruce de verificación de la información de forma verbal y física con documento que lo acredite o a través de la base de datos. El personal de Admisiones se responsabilizará de la identificación inequívoca del paciente (para ello verificara la correcta Identificación con el carné, documento de identidad, certificado de nacimiento y/o Ficha clínica única y base de datos sistematizada existente en la institución).

B. **Servicio de urgencias:** Se realizara hoja de admisión o inscripción inmediatamente el paciente ingrese a la institución, la cual debe contener nombres y apellidos completos, para su elaboración se debe hacer cruce de verificación de la información de forma verbal y física con documento que lo acredite o a través de la base de datos.

ELABORÓ ENF. ISABEL IMBACUAN O. Jefe Servicios Hospitalización	REVISÓ ENF. BLANCA NUBIA ACOSTA O. Subgerente Científica	APROBÓ DR. CARLOS JULIO GUERRERO C. Gerente
--	--	---

	PROTOCOLO	CODIGÓ SGC –PLT– 001 – S11	Pág. 8
		VERSIÓN 05	Vigencia VI - 2018

C. Unidad de cuidados intensivos: En el caso de pacientes que ingresan directamente a la unidad, se realizara hoja de admisión o inscripción inmediatamente el paciente ingrese la cual debe contener nombres y apellidos completos, para su elaboración se debe hacer cruce de verificación de la información de forma verbal y física con documento que lo acredite o a través de la base de datos. Cuando el paciente provenga de cualquier servicio de la institución continuara con el mismo sistema de identificación verificando la confiabilidad de los datos registrados.

2. HISTORIA CLINICA Y REGISTROS CLINICOS:

La Historia Clínica y demás registros clínicos, sin excepción, de cada paciente deben estar debidamente diligenciados iniciando con los nombres completos del paciente (dos nombres y dos apellidos) y el documento de identificación. Estos datos serán obtenidos de forma verbal con el paciente y/o su familia, corroborando con el documento de identificación y según sistema de información de la institución.

3. IDENTIFICACION REDUNDANTE:

El personal asistencial de todos los servicios antes de realizar una atención, procedimiento, aplicación de medicamentos o de prestar algún servicio debe hacer la identificación redundante de cada usuario-paciente, corroborando los datos de identificación de manera verbal, con el paciente y/o familiar y con los documentos, registros clínicos y demás que se requieran.

4. BRAZALETE DE IDENTIFICACION (BI)

La Clínica tiene establecido la colocación de Brazaletes de Identificación, los de color blanco para todos los usuarios y para los recién nacidos atendidos en sala de partos o por cesárea se les coloca de color rosado (mujer) y azul (hombre),

ELABORÓ ENF. ISABEL IMBACUAN O. Jefe Servicios Hospitalización	REVISÓ ENF. BLANCA NUBIA ACOSTA O. Subgerente Científica	APROBÓ DR. CARLOS JULIO GUERRERO C. Gerente
--	--	---

	PROTOCOLO	CODIGÓ SGC –PLT– 001 – S11	Pág. 9
		VERSIÓN 05	Vigencia VI - 2018

además se ha establecido la colocación de un brazalete de color verde para los pacientes que certifiquen o presenten alergias a medicamentos, a continuación se describe el procedimiento para su colocación, diligenciamiento, uso y vigilancia.

A. COLOCACIÓN Y DILIGENCIAMIENTO DEL BRAZALETE DE IDENTIFICACIÓN: la colocación se realizará inmediatamente se dé la orden de hospitalización del paciente, en cualquiera de los servicios, y debe ser colocado por el personal de enfermería responsable del recibo del paciente. De igual manera además del brazalete blanco se colocara de inmediato el brazalete verde para la identificación de pacientes que refieran alergias, al momento de su ingreso, o cuando se presente la alergia en el transcurso de la atención.

El brazalete de Identificación será colocado en el brazo derecho o izquierdo, de preferencia, dependiendo de las condiciones físicas del paciente, de no ser esto posible instalarlo en las extremidades inferiores; si el paciente tiene alguna alergia el brazalete verde estará junto al blanco.

En el brazalete se deberá registrar los nombres y apellidos completos, numero de documento o registro civil si es menor de edad. En caso de RN se colocará mediato al nacimiento, color identifica el sexo (rosado mujer, azul hombre), debe contener los nombres y apellidos completos de la madre, el peso, talla, fecha y hora de nacimiento, antecedido por las iniciales RN. Si el RN se hospitaliza por otra vía de ingreso se registrará el nombre o nombres, los apellidos y fecha de nacimiento, si aún no se ha registrado se elabora la hoja de inscripción con los posibles nombres, los apellidos correspondientes y el número de identificación, que se asignara es, el número de documento de su madre seguido del número consecutivo de hijo que este sea.

Al diligenciar el BI debe realizarse verificación de la información de forma física y verbal, según las condiciones del paciente. En el Brazalete verde se registrara la información de los medicamentos que producen la alergia,

ELABORÓ ENF. ISABEL IMBACUAN O. Jefe Servicios Hospitalización	REVISÓ ENF. BLANCA NUBIA ACOSTA O. Subgerente Científica	APROBÓ DR. CARLOS JULIO GUERRERO C. Gerente
--	--	---

	PROTOCOLO	CODIGÓ SGC –PLT– 001 – S11	Pág. 10
		VERSIÓN 05	Vigencia VI - 2018

además se entregara carnet de identificación de alergias, con el fin de proporcionar atención segura en nuestra institución.

Personal de Enfermería que recibe el paciente, será el responsable de la transcripción de los datos del paciente en el brazalete, tendrá que transcribir el nombre completo del paciente y numero de cedula o registro civil, con letra legible y clara, tal como está en el documento de identificación o corroborando de forma verbal los datos con el paciente si lo permite o con el familiar.

Si el paciente es trasladado de un servicio a otro el personal de enfermería responsable del recibo del paciente tendrá que verificar que el brazalete este correctamente diligenciado, haciendo la correspondiente corroboración con el paciente o familiar de manera verbal y, con los registros clínicos y con los documentos de identificación. Si el RN hospitalizado proviene de Sala de parto, el profesional a cargo de realizar el ingreso debe verificar que el BI esté instalado, verificar que los datos concuerden con los de la fecha de parto.

B. USO DEL BI:

Deberá educarse a la familia y al paciente respecto a la importancia de la identificación del paciente y la permanencia del brazalete de identificación durante la estancia hospitalaria, la cual debe estar debidamente registrada en historia clínica. Solicitar al familiar y/o paciente notificar cuando el brazalete se pierda.

Cuando se requiera cambiar un brazalete de sitio anatómico, se deberá hacer en presencia de un Personal de Enfermería y se deberá hacer registro respectivo de la actividad en historia clínica. Las razones para su cambio son:

- Daño de la piel (erosión, lesión, alergia, etc.)
- Necesidad de acceso vascular

ELABORÓ ENF. ISABEL IMBACUAN O. Jefe Servicios Hospitalización	REVISÓ ENF. BLANCA NUBIA ACOSTA O. Subgerente Científica	APROBÓ DR. CARLOS JULIO GUERRERO C. Gerente
--	--	---

	PROTOCOLO	CODIGÓ SGC –PLT– 001 – S11	Pág. 11
		VERSIÓN 05	Vigencia VI - 2018

- Necesidad de inmovilización paciente
- Toma de examen, sin tener otro acceso
- Problemas de lectura de los datos (borroso)

No deberá administrarse medicamentos, ni componentes sanguíneos a pacientes sin brazaletes, en cada ronda médica el personal de enfermería verificara la presencia del brazalete. En ningún momento el paciente debe estar sin el brazalete puesto.

El brazalete deberá ser retirado al egreso de la Clínica por el personal de vigilancia, a la entrega de paz y salvo.

Notificar la pérdida o deterioro del brazalete de identificación y registrar en historia clínica el cambio.

En caso de fallecimiento del paciente, el cuerpo conservará el BI.

C. VERIFICACION DEL BRAZALETE

En cada ronda médica el personal de enfermería verificara la presencia del brazalete. En ningún momento el paciente debe estar sin el brazalete puesto. Si se encuentra un paciente sin brazalete inmediatamente debe notificarse a la jefe del servicio y realizar el procedimiento de colocación posterior a ello reportarlo como Incidente para su respectivo análisis.

Se realizaran rondas de seguridad permanentes en donde se verifique la colocación y correcto diligenciamiento y uso del BI.

5. **IDENTIFICACION Y CLASIFICACION DEL RIESGO.** El BI diseñado en Clínica Las Lajas también nos ayudara a identificar y clasificar el riesgo de los pacientes y fortalecer las acciones para evitar incidentes y eventos

ELABORÓ ENF. ISABEL IMBACUAN O. Jefe Servicios Hospitalización	REVISÓ ENF. BLANCA NUBIA ACOSTA O. Subgerente Científica	APROBÓ DR. CARLOS JULIO GUERRERO C. Gerente
--	--	---

	PROTOCOLO	CODIGÓ SGC –PLT– 001 – S11	Pág. 12
		VERSIÓN 05	Vigencia VI - 2018

adversos, después de un conceso a nivel institucional se instaure la colocación de un stiker de diferente color en el brazalete de identificación, el cual nos identifica y recuerda el riesgo que puede tener el paciente. Este stiker debe ser colocado en los pacientes que tengan alguna clase de riesgo como de caídas, úlceras, alergias, alto riesgo (paciente proveniente de uci, enfermedad cardíaca o renal, emergencias obstétricas, cirugías mayores y polimedrados), pacientes que tienen medicamentos en uso desde su casa y paciente anticoagulado. Los pacientes que durante su estancia hospitalaria se evidencie alergia a algún medicamento, se asignara un carnet donde se certifique la alergia, que contenga datos de medicamento.

Los colores instaurados están descritos de la siguiente manera:

BRAZALETE SIN STIKERS: **Paciente sin Riesgos**, si el paciente no tiene riesgos solo portara el brazalete de identificación.

STIKER DE COLOR ROJO: Se coloca un stiker de color rojo si el paciente requiere de **vigilancia estricta** y dentro de este grupo tenemos:

- a. Maternas con alto riesgo obstétrico (antecedentes de morbilidad materna extrema)
- b. Pacientes que ingresan del servicio de Cuidado Intensivo e Intermedio adultos.
- c. Pacientes Post quirúrgicos con estricta vigilancia como cirugías mayores y que hemodinámicamente están inestables.
- d. Pacientes que por su patología necesitan estar monitorizados (pacientes cardíacos, renales)
- e. Paciente polimedrado.

STIKER DE COLOR AMARILLO: el stiker de color amarillo se coloca a todo paciente que se clasifique con **riesgo a sufrir caídas**, teniendo en cuenta la escala de Morse.

ELABORÓ ENF. ISABEL IMBACUAN O. Jefe Servicios Hospitalización	REVISÓ ENF. BLANCA NUBIA ACOSTA O. Subgerente Científica	APROBÓ DR. CARLOS JULIO GUERRERO C. Gerente
--	--	---

	PROTOCOLO	CODIGÓ SGC –PLT– 001 – S11	Pág. 13
		VERSIÓN 05	Vigencia VI - 2018

STIKER DE COLOR AZUL: el stiker de color azul se coloca para identificar pacientes con antecedentes de Medicamentos en uso que requieren **conciliación**.

STIKER COLOR LILA: se coloca el stiker de color lila para identificar paciente anticoagulado.

STIKER COLOR GRIS: el stiker de color gris se coloca a todo paciente que se clasifique con riesgo de desarrollar **ulceras por presión** teniendo en cuenta la escala de NORTON.

STIKER COLOR CAFÉ: este stiker será colocado a todo paciente que tenga Riesgo de **perderse dentro de la institución**, este riesgo atiende los siguientes criterios.

PACIENTES CON RIESGO DE PERDIDA	STIKER
Personas de la tercera edad.	Color Café 
Personas con limitaciones mentales, neurológicas, físicas auditivas, visuales.	
Personas con trastornos mentales.	
Personas con dialectos diferentes.	
Menores de edad sin acompañantes.	

La identificación y clasificación del riesgo deberá realizarse inmediatamente en el ingreso del paciente, colocando el o los stickers en el BI y será registrada en la historia clínica, en cada cambio de turno deberá volverse a reclasificar el riesgo y continuar registrando en la Historia Clínica.

ELABORÓ ENF. ISABEL IMBACUAN O. Jefe Servicios Hospitalización	REVISÓ ENF. BLANCA NUBIA ACOSTA O. Subgerente Científica	APROBÓ DR. CARLOS JULIO GUERRERO C. Gerente
--	--	---

	PROTOCOLO	CODIGÓ SGC –PLT– 001 – S11	Pág. 14
		VERSIÓN 05	Vigencia VI - 2018

6. TABLERO DE IDENTIFICACION EN CABECERA DE CAMA O CAMILLA

En cada una de las cabeceras de camas y camillas de los servicios de urgencias, quirófano, sala de partos, UCI y de hospitalización, se encuentra un tablero de registro de datos de identificación. El diligenciamiento de este Tablero se hará inmediatamente el paciente ingrese a su cama o camilla, este debe ser diligenciado por el personal de enfermería que recibe al paciente y consignara los datos de nombres y apellidos completos, numero de documento, empresa a la cual se encuentra adscrito, edad y se registra la existencia de alergias en el caso de que existan, estos datos consignados deben ser verificados con los registros clínicos, documentos de identificación y de forma verbal según las condiciones del paciente o con su familiar.

El tablero deberá ser diligenciado por enfermera o auxiliar de enfermería a cargo del paciente, con marcador negro y letra legible (si existe alguna alergia esta deberá registrarse con marcador de color rojo). La responsabilidad del correcto diligenciamiento es del personal de enfermería quien hace el ingreso del paciente.

Si se hace reubicación de camas o camillas de los pacientes se debe notificar en historia clínica y se diligenciara el tablero inmediatamente en la cama o camilla asignada.

7. IDENTIFICACION DE PACIENTES NN (SIN IDENTIFICACION)

En caso de pacientes que no cuentan con identificación por diferentes motivos, se debe realizar la identificación así:

- Si es menor de edad, se registrara como MS: menor sin identificación, y se utilizara la sigla MS; si es adulto se registrara AS: adulto sin identificación, y se utilizara la sigla AS. A cualquiera de estas siglas dependiendo si es adulto o menor se le agregara el código del

ELABORÓ ENF. ISABEL IMBACUAN O. Jefe Servicios Hospitalización	REVISÓ ENF. BLANCA NUBIA ACOSTA O. Subgerente Científica	APROBÓ DR. CARLOS JULIO GUERRERO C. Gerente
--	--	---

	PROTOCOLO	CODIGÓ SGC –PLT– 001 – S11	Pág. 15
		VERSIÓN 05	Vigencia VI - 2018

Departamento según codificación DANE (52) + el código del municipio según codificación DANE (356)+ NN+ número de historia clínica asignado por la institución de manera consecutiva según el número de casos que se hayan presentado (000 y el consecutivo). (Número que se asigna desde el ingreso.)

8. PACIENTES CON IGUALES NOMBRES Y APELLIDOS

En caso de que haya pacientes con iguales nombres y apellidos se debe identificar de la siguiente manera:

Paciente 1: dos nombres y un apellido.

Paciente 2: un nombre y dos apellidos

9. PERTINENCIA

- Todas las acciones encaminadas a la correcta identificación el paciente se realizarán en el orden requerido, dependiendo de las condiciones del paciente, dando prioridad a las actividades de atención médica y de enfermería y a la condición de salud prioritaria del paciente.

10. REGISTRO DE LA ACTIVIDAD:

La instalación del brazalete de identificación en el paciente y la educación de la importancia de la correcta identificación que se brinda al paciente y su familiar deberá ser registrada en notas de enfermería, así como el cambio de este en

ELABORÓ ENF. ISABEL IMBACUAN O. Jefe Servicios Hospitalización	REVISÓ ENF. BLANCA NUBIA ACOSTA O. Subgerente Científica	APROBÓ DR. CARLOS JULIO GUERRERO C. Gerente
--	--	---

	PROTOCOLO	CODIGÓ SGC –PLT– 001 – S11	Pág. 16
		VERSIÓN 05	Vigencia VI - 2018

caso de deterioro o por necesidad de accesos venosos, quedará registrado en la hoja de enfermería.

ANEXO 1

COMO GARANTIZAR LA IDENTIFICACION DEL PACIENTE CORRECTO EN EL LABORATORIO CLINICO.

Siguiendo el Principio del Sistema de Gestión de Calidad:

ELABORÓ ENF. ISABEL IMBACUAN O. Jefe Servicios Hospitalización	REVISÓ ENF. BLANCA NUBIA ACOSTA O. Subgerente Científica	APROBÓ DR. CARLOS JULIO GUERRERO C. Gerente
--	--	---

	PROTOCOLO	CODIGÓ SGC –PLT– 001 – S11	Pág. 17
		VERSIÓN 05	Vigencia VI - 2018

HACER LAS COSAS BIEN DESDE EL PRINCIPIO

Como

ASUMIENDO LAS RESPONSABILIDADES QUE NOS CONCERNEN A CADA UNO

I. ESTABLIR MECANISMOS QUE PERMITAN MINIMIZAR RIESGOS EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE, COMO TAMBIEN EN LOS PROCEDIMIENTOS REQUERIDOS.

La Institución de salud debe garantizar mecanismos como:

- Historia Clínica Automatizada
- Formatos realizados, revisados, aprobados y socializados que permitan Aumentar la seguridad y Disminuir dificultades como Tachones, errores de transcripción, ilegibilidad, falta de comprensión por la Caligrafía.
- Pulseras de identificación y letreros de identificación de pacientes en salas de Urgencias, Observación, Hospitalización, UCI, etc. los datos de estas deben ser claros, legibles sin enmendaduras.

Responsables:

ELABORÓ ENF. ISABEL IMBACUAN O. Jefe Servicios Hospitalización	REVISÓ ENF. BLANCA NUBIA ACOSTA O. Subgerente Científica	APROBÓ DR. CARLOS JULIO GUERRERO C. Gerente
--	--	---

	PROTOCOLO	CODIGÓ SGC –PLT– 001 – S11	Pág. 18
		VERSIÓN 05	Vigencia VI - 2018

- Directivas
- Oficina de Calidad
- Coordinadores de Áreas
- Auxiliares de Enfermería

II. INGRESAR LA INFORMACIÓN CORRECTA, COMPLETA Y CLARA EN LOS FORMATOS (ORDENES) O SISTEMAS DE INFORMACIÓN.

ORDENES MANUALES

Las órdenes que se realicen(a mano) deben tener la siguiente información:

Tipo y Número de Identificación, Nombres y Apellidos completos y Edad.

Las órdenes deben ser Claras, con excelente caligrafía, libre de tachones y enmendaduras.

Responsables:

- Médicos Especialistas y Generales
- Enfermeras Profesionales
- Auxiliares de Apoyo

ORDENES POR SISTEMA

Cuando el proceso se realice utilizando un software se debe verificar que la información del paciente que se ingresa en el software es veraz (real) y que los procedimientos solicitados correspondan a los necesitados por medicina.

En este caso la información es registra en SALUDIPS y automáticamente se transfiere al sistema del laboratorio (WINSISLAB)

ELABORÓ ENF. ISABEL IMBACUAN O. Jefe Servicios Hospitalización	REVISÓ ENF. BLANCA NUBIA ACOSTA O. Subgerente Científica	APROBÓ DR. CARLOS JULIO GUERRERO C. Gerente
--	--	---

	PROTOCOLO	CODIGÓ SGC –PLT– 001 – S11	Pág. 19
		VERSIÓN 05	Vigencia VI - 2018

Siempre el software de intercomunicación entre SALUDIPS y WINSISLAB debe estar abierto y ejecutándose.

Responsables:

- Médicos Especialistas y Generales
- Enfermeros profesionales y auxiliares
- Auxiliares de Laboratorio
- Personal de Admisiones
- Facturadores

III. INFORMAR AL LABORATORIO LA NECESIDAD DE REALIZAR LAS PRUEBAS A UN PACIENTE

Cuando se requiera el servicio de laboratorio en otras áreas, el personal de la clínica deberá informar al laboratorio el paciente y sala donde se encuentra, esta comunicación debe ser respetuosa entre las dos dependencias.

Si el proceso se realiza con software, deberá existir la ubicación del paciente y las observaciones previstas (Hora de toma diferente para algún procedimiento, muestras de orina o materia fecal aun no recolectadas, paciente inconsciente, paciente agresivo, paciente sedado, etc.)

Responsables:

- Médicos generales
- Enfermeras profesionales
- Auxiliares de enfermería
- Auxiliares de laboratorio
- Bacteriólogos

IV. TOMA DE MUESTRAS.

La toma de muestras se puede realizar en dos áreas definidas: Consulta externa y Salas (Hospitalización, UCI, Observación, etc)

ELABORÓ ENF. ISABEL IMBACUAN O. Jefe Servicios Hospitalización	REVISÓ ENF. BLANCA NUBIA ACOSTA O. Subgerente Científica	APROBÓ DR. CARLOS JULIO GUERRERO C. Gerente
--	--	---

	PROTOCOLO	CODIGÓ SGC –PLT– 001 – S11	Pág. 20
		VERSIÓN 05	Vigencia VI - 2018

SALAS

Todo paciente deberá portar brazaletes de identificación, y tableo de identificación, es responsabilidad del personal verificar igualdad entre estos 2 mecanismos y la respectiva orden de atención y/o stiker de marcación.

El stiker de marcación o cinta adhesiva para la marcación deberá contener como mínimo:

No de Identificación, Nombres y apellidos completos y Edad

Los recipientes y tubos deberán rotularse antes de la toma o recolección de muestras.

En todos los pacientes la toma de muestra debe ser respetuosa y cordial

Responsables:

- Auxiliares de Laboratorio
- Auxiliares de Enfermería
- Enfermeras profesionales
- Bacteriólogos
- Médicos Generales y especialistas.

CONSULTA EXTERNA

El personal de laboratorio debe confrontar el stiker u orden medica con la Identificación (Cedula, Pasaporte, etc) del paciente.

El stiker (código de barras) de marcación o cinta adhesiva para la marcación deberá contener como mínimo:

No de Identificación, Nombres y apellidos completos y Edad

ELABORÓ ENF. ISABEL IMBACUAN O. Jefe Servicios Hospitalización	REVISÓ ENF. BLANCA NUBIA ACOSTA O. Subgerente Científica	APROBÓ DR. CARLOS JULIO GUERRERO C. Gerente
---	---	--

	PROTOCOLO	CODIGÓ SGC –PLT– 001 – S11	Pág. 21
		VERSIÓN 05	Vigencia VI - 2018

Los tubos y muestras deberán rotularse antes de la toma de muestra, e indicarse al respectivo paciente.

La toma de muestra debe ser respetuosa y cordial

Responsable:

- Auxiliar de laboratorio clínico
- Bacteriólogo

V. PROCESAMIENTO DE MUESTRAS.

El personal de laboratorio debe garantizar que las muestras conservan el rotulo (stiker con código de barras – cinta adhesiva) durante todo el procesamiento hasta su disposición final.

Siempre se deben utilizar mecanismos como lectura de código de barras e intercomunicación entre los diferentes dispositivos electrónicos (equipos médicos) y el software Común- Winsislab.

Y que los procesos se realizan de manera efectiva y adecuada en el laboratorio

Responsables:

- Auxiliar de laboratorio clínico
- Bacteriólogo
- Coordinador del laboratorio

IV. ENTREGA DE RESULTADOS

Los resultados se deben entregar en los tiempos establecidos garantizando seguridad, efectividad y oportunidad en los datos allí contenidos.

Para paciente de consulta externa, se debe solicitar el desprendible de atención o documento que garantice la entrega del resultado del paciente correcto.

ELABORÓ ENF. ISABEL IMBACUAN O. Jefe Servicios Hospitalización	REVISÓ ENF. BLANCA NUBIA ACOSTA O. Subgerente Científica	APROBÓ DR. CARLOS JULIO GUERRERO C. Gerente
--	--	---

	PROTOCOLO	CODIGÓ SGC –PLT– 001 – S11	Pág. 22
		VERSIÓN 05	Vigencia VI - 2018

Para pacientes de salas se debe entregar al personal responsable del área.

Cuando se cuenta con procesos sistematizados el resultado se transfiere automáticamente a la Historia Clínica.

Se debe garantizar siempre confidencialidad y respeto a la privacidad de la información del paciente.

Responsable:

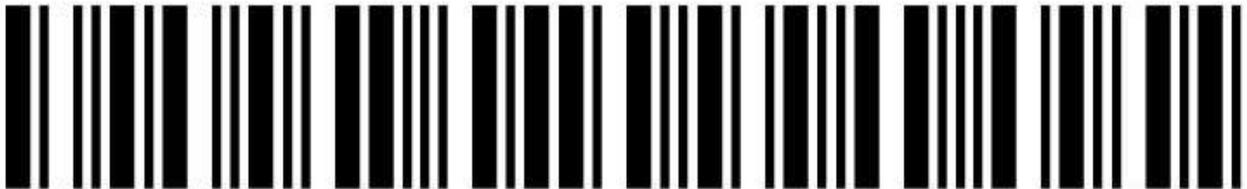
- Bacteriólogo
- Auxiliar de laboratorio
- Médicos Especialistas y generales
- Enfermeras profesionales y auxiliares
- Personal asistencial y administrativo.

NUESTRO STIKER, EL IDEAL PARA EL LABORATORIO CLINICO

ELABORÓ ENF. ISABEL IMBACUAN O. Jefe Servicios Hospitalización	REVISÓ ENF. BLANCA NUBIA ACOSTA O. Subgerente Científica	APROBÓ DR. CARLOS JULIO GUERRERO C. Gerente
--	--	---

	PROTOCOLO	CODIGÓ SGC -PLT- 001 - S11	Pág. 23
		VERSIÓN 05	Vigencia VI - 2018

BLANCA NUBIA ACOSTA 40/F
GLU,CRE,COL,HDL,TRI,AU,



12045869

37008456 08:30AM 20/07/2016

Cuenta con 6 parámetros que garantizan la identificación correcta de la muestra:

1. Código único
2. Cedula, registro civil, tarjeta ...
3. Nombres completos
4. Edad y sexo
5. Exámenes a realizar
6. Fecha y hora

ANEXO 2

ELABORÓ ENF. ISABEL IMBACUAN O. Jefe Servicios Hospitalización	REVISÓ ENF. BLANCA NUBIA ACOSTA O. Subgerente Científica	APROBÓ DR. CARLOS JULIO GUERRERO C. Gerente
--	--	---

	PROTOCOLO	CODIGÓ SGC –PLT– 001 – S11	Pág. 24
		VERSIÓN 05	Vigencia VI - 2018

COMO GARANTIZAR LA IDENTIFICACION CORRECTA DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE IMAGENOLOGIA

10 CORRECTOS DE IMAGENOLOGIA

- 1. ORDEN MEDICA CORRECTA:** Debe ser por escrito, los campos deben estar totalmente diligenciados en datos como identificación, nombres y apellidos del paciente, tipo de examen, lado del examen si es el caso e impresión diagnóstica.

ELABORÓ ENF. ISABEL IMBACUAN O. Jefe Servicios Hospitalización	REVISÓ ENF. BLANCA NUBIA ACOSTA O. Subgerente Científica	APROBÓ DR. CARLOS JULIO GUERRERO C. Gerente
--	--	---

	PROTOCOLO	CODIGÓ SGC –PLT– 001 – S11	Pág. 25
		VERSIÓN 05	Vigencia VI - 2018

2. **IDENTIFICACION UNICA DEL USUARIO:** Preséntese y confirme la identidad del paciente, llame al usuario por su nombre haciendo que reconfirme los datos.
3. **CONDICION DEL USUARIO:** Verificar las condiciones de preparación del usuario como son ayuno, vejiga llena, preparación intestinal o las indicaciones previas que el estudio solicitado requiera; en caso de tac contrastado verificar examen de creatinina dentro de los parámetros normales
4. **EJECUCION CORRECTA:** en todos los casos llame al usuario por su nombre, verificando la solicitud e identificando el examen a tomar explíquelo el procedimiento que se le va a realizar, a el o al acompañante, en RX y TC aplicando para la toma del estudio los valores y posiciones adecuadas, así como la aplicación de las normas de protección radiológica para el paciente y el tecnólogo según guías establecidas. En estudios ecográficos aplicando la técnica correcta y aclarando las dudas del usuario durante el procedimiento
5. **IDENTIFICACION DEL ESTUDIO** Registrando el documento del usuario en los equipos biomédicos, seguido de nombres completos con el fin que estos datos aparezcan en las imágenes, de la misma forma la marcación del resultado incluyendo como datos adicionales la fecha, EPB y el servicio de donde se refiere al paciente, igualmente el sobre donde se entregara el resultado diligenciado con los datos del usuario antes mencionados con letra clara y legible.
6. **SOPORTES:** Verificar la factura Vs lo ordenado, anexar consentimiento informado cuando se requiera
7. **MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD:** antes de realizar la toma de cada estudio realizar lavado de manos, utilizar alcohol glicerinado y emplear todas las medidas de bioseguridad establecidas
8. **REGISTRO CORRECTO:** Diligencia con letra clara y legible todos los datos solicitados en el registro diario de actividades, en el registro de entrega de resultados, en el registro de asignación de citas para estudios contrastados y demás registros de control y seguimiento utilizados en el proceso
9. **ARCHIVO CORRECTO:** una vez realizado el resultado, este debe ser adjuntado a las imágenes correspondientes haciendo verificación del documento de identidad y

ELABORÓ ENF. ISABEL IMBACUAN O. Jefe Servicios Hospitalización	REVISÓ ENF. BLANCA NUBIA ACOSTA O. Subgerente Científica	APROBÓ DR. CARLOS JULIO GUERRERO C. Gerente
--	--	---

	PROTOCOLO	CODIGÓ SGC –PLT– 001 – S11	Pág. 26
		VERSIÓN 05	Vigencia VI - 2018

el nombre del paciente, así como el almacenamiento en las bases de datos para su búsqueda y copias en medios magnéticos

10. ENTREGA CORRECTA: solicite el documento de identificación del paciente para la entrega del resultado, evidenciándole al paciente que su resultado es el correcto, hacer firmar al usuario la entrega del examen en registro establecido para dicho fin

ANEXO 3

ELEMENTOS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE ALERGIAS

	ALERGIA	

	CARNET DE IDENTIFICACION PACIENTE ALERGICO
	NOMBRE: APELLIDOS:
	NUMERO DE IDENTIFICACION:

ELABORÓ ENF. ISABEL IMBACUAN O. Jefe Servicios Hospitalización	REVISÓ ENF. BLANCA NUBIA ACOSTA O. Subgerente Científica	APROBÓ DR. CARLOS JULIO GUERRERO C. Gerente
--	--	---

	PROTOCOLO	CODIGÓ SGC –PLT– 001 – S11	Pág. 27
		VERSIÓN 05	Vigencia VI - 2018

ALERGICO A:

CLINICA LAS LAJAS DA CUMPLIMIENTO A SU POLITICA

“Ningún dispositivo Médico se reusa, si no está autorizado por el fabricante”

ELABORÓ ENF. ISABEL IMBACUAN O. Jefe Servicios Hospitalización	REVISÓ ENF. BLANCA NUBIA ACOSTA O. Subgerente Científica	APROBÓ DR. CARLOS JULIO GUERRERO C. Gerente
--	--	---

	PROTOCOLO	CODIGÓ SGC –PLT– 001 – S11	Pág. 28
		VERSIÓN 05	Vigencia VI - 2018

ANEXO 4

LISTA DE CHEQUEO PROTOCOLO DE IDENTIFICACION DE PACIENTES

OBJETIVO: Verificar el cumplimiento del protocolo de la correcta identificación de pacientes, cuando son internados en Clínica Las Lajas.

FECHA: _____

SERVICIO: _____

CONDUCTAS IMPORTANTES	SI	NO	OBSERVACION
Al ingreso del paciente a la institución se elabora hoja de inscripción o admisión con nombres y apellidos completos, se verifica información del paciente en forma verbal y se corrobora con documento de identidad o información en base de datos sistematizada.			
Al ingreso del paciente al servicio de observación, hospitalización, quirófano o UCI, se coloca el brazalete de identificación (BI) y se registra el nombre completo y el documento de identificación del paciente.			
Al ingreso del paciente a cama o camilla asignada se diligencia de manera inmediata el tablero de identificación: nombre completo, número de identificación, edad, empresa y antecedentes alérgicos los cuales se resaltan en color rojo.			
En caso de RN se coloca el BI del color correspondiente al sexo (sala de partos, quirófano) registra los nombres y apellidos de la madre,			

ELABORÓ ENF. ISABEL IMBACUAN O. Jefe Servicios Hospitalización	REVISÓ ENF. BLANCA NUBIA ACOSTA O. Subgerente Científica	APROBÓ DR. CARLOS JULIO GUERRERO C. Gerente
--	--	---

	PROTOCOLO	CODIGÓ SGC –PLT– 001 – S11	Pág. 29
		VERSIÓN 05	Vigencia VI - 2018

antecedido por las iniciales RN hijo de, el sexo, el peso, talla, fecha y hora de nacimiento.			
Si el RN hospitalizado proviene de Sala de parto se verifica que el BI esté instalado, y se debe elaborar simultáneamente la hoja de inscripción, debe existir registro en historia clínica.			
Si el RN se hospitaliza por otra vía de ingreso se registra el nombre completo y fecha de nacimiento			
Escribe con insumos adecuados y utiliza letra legible, para la identificación, tanto en BI y tablero de identificación.			

CONDUCTAS IMPORTANTES	SI	NO	OBSERVACION
Brinda Educación a la familia y al paciente respecto al uso, beneficios de la identificación y realiza registro de la historia clínica.			
Revisa en cada turno que el paciente debe tener el brazalete puesto y en buen estado.			
En cada traslado del paciente de un servicio a otro el personal que recibe al paciente verifica el BI confirmando los datos registrados.			
Al momento de aplicar un medicamento o al realizar un procedimiento invasivo, se verifican los datos del paciente.			
El BI lo retira al egreso de la Clínica con la entrega de paz y salvo en portería			
En caso de fallecimiento del paciente, el cuerpo conserva el Brazalete.			
Realiza las respectivas anotaciones en historia clínica tanto de uso del BI o el cambio por deterioro, necesidad de acceso venoso e inmovilización de pacientes.			

ELABORÓ ENF. ISABEL IMBACUAN O. Jefe Servicios Hospitalización	REVISÓ ENF. BLANCA NUBIA ACOSTA O. Subgerente Científica	APROBÓ DR. CARLOS JULIO GUERRERO C. Gerente
--	--	---

	PROTOCOLO	CODIGÓ SGC –PLT– 001 – S11	Pág. 30
		VERSIÓN 05	Vigencia VI - 2018

Conoce la forma de identificar a pacientes que tengan los mismos nombres y apellidos.			
---	--	--	--

EVALUADO POR: _____

PERSONAL EVALUADO: _____

ACCIONES DE MEJORA O RECOMENDACIONES: _____

FECHA DE CUMPLIMIENTO: _____

BIBLIOGRAFÍA

1. Asegurar la Correcta Identificación del Paciente en los Procesos Asistenciales; Paquetes Instruccionales, Guia Tecnica “Buenas Practicas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud” Ministerio de Salud. Versión 2.0 2015
2. Reveling CM, Slutsky JL, Antis D Jr. Design for Six Sigma: In Technology and Product Product Development, Prentice Hall, 2003. ISBN 0-13-0092231.
3. De Feo JA, Barnard WW. JURAN Institute’s Six Sigma Breakthrough and Beyond - Quality Performance Breakthrough Me-thods, Tata McGraw-Hill Publishing Com-pany Limited, 2005. ISBN 0-07-059881-9.
4. Gutiérrez Pulido H, De la Vara Salazar R. Control Estadístico de Calidad y Seis Sigma. México: Mcgraw-Hill, 2004.
5. Harry M, Schroeder. Six Sigma, Random House, Inc. 2000. ISBN 0-385-49437-8.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
ENF. ISABEL IMBACUAN O. Jefe Servicios Hospitalización	ENF. BLANCA NUBIA ACOSTA O. Subgerente Científica	DR. CARLOS JULIO GUERRERO C. Gerente

	PROTOCOLO	CODIGÓ SGC –PLT– 001 – S11	Pág. 31
		VERSIÓN 05	Vigencia VI - 2018

6. Pande P, Neuman R, Cavanagh R. Las claves prácticas de Seis Sigma. Una guía dirigida a los equipos de mejora de procesos. Madrid: Mcgraw-Hill, 2004.

7. Silgado Bernal MF. Seis Sigma: crecimiento de todos. Actual. Enferm, 2007; 10(1):6-7

ELABORÓ ENF. ISABEL IMBACUAN O. Jefe Servicios Hospitalización	REVISÓ ENF. BLANCA NUBIA ACOSTA O. Subgerente Científica	APROBÓ DR. CARLOS JULIO GUERRERO C. Gerente
--	--	---