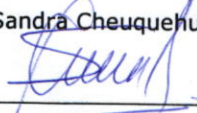
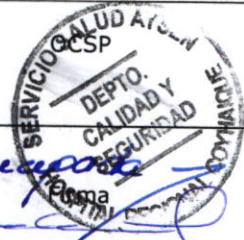
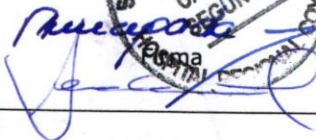

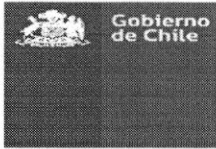
 <b>SERVICIO DE SALUD AYSÉN</b> <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>COYHAIQUE</b>	<b>PROTOCOLO SOLICITUD DE EXAMENES E INDICACIONES A PACIENTES EN PROCEDIMIENTOS IMAGENOLOGICOS.</b>  <b>UNIDAD DE IMAGENOLOGÍA</b> <b>DEPENDIENTE: C.R. APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO</b>	<b>Código:</b>
		<b>Edición: 1</b>
		<b>Fecha inicio vigencia: 07/03/2016</b>
		<b>Páginas: 1 - 16</b>
		<b>Vigencia: 5 años</b>

# PROTOCOLO SOLICITUD DE EXAMENES E INDICACIONES A PACIENTES EN PROCEDIMIENTOS IMAGENOLOGICOS

ELABORACION	REVISION	VISACION
Sandra Cheuquehuala 	Iván Mera	Paulina Arriagada Sandra Gálvez
T.M. Encargada Calidad Unidad de Imagenología	Jefe Unidad Imagenología	 
<b>TM COORDINADORA IMAGENOLOGÍA</b> Firma	 Firma	
07/03/2016	10/03/2016	14/03/2016

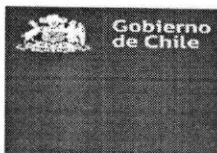


**SERVICIO DE SALUD AYSÉN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE**

## **1. INDICE**

<b>TITULO</b>	<b>Nº de pág.</b>
Introducción	3
Objetivos	3
Responsables	3
Alcance	4
Excepciones	4
Terminología	4
Descripción de las actividades del proceso	5
Referencias Bibliográficas	13
Evaluación	14
Indicadores	14
Anexos	15

COORDINADOR  
IMAGENOLÓGIA



**SERVICIO DE SALUD AYSÉN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE**

## **2. INTRODUCCION:**

La seguridad del paciente es un componente fundamental de la atención de salud, uno de cuyos principios básicos es que ésta no cause más daño que la enfermedad misma, por lo tanto, como institución de Salud debemos prevenir y/o reducir los riesgos en la atención.

Los procedimientos que son necesario normar y evaluar su cumplimiento son la solicitud de exámenes y las indicaciones antes y después de la realización de estos procedimientos, evitando confusiones, riesgos innecesarios, pérdida de horas, rechazos y la angustia inherente a pacientes y familiares.

## **3. OBJETIVOS:**

### **OBJETIVOS GENERALES:**

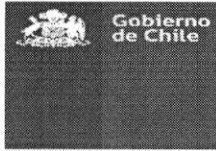
- Establecer los requisitos que deben cumplir las solicitudes de exámenes imagenológicos y las indicaciones para los pacientes, antes y después de realizar los procedimientos imagenológicos.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Estandarizar la solicitud de exámenes imagenológicos.
- Lograr que los pacientes sujetos a procedimientos imagenológicos, lleguen a la Unidad de Imagenología, adecuadamente preparados.
- Disminuir los posibles errores por mala comprensión de solicitud de examen.

## **4. RESPONSABLES:**

<b>RESPONSABLE</b>	<b>FUNCION</b>
Jefe Unidad de Imagenología	<ul style="list-style-type: none"><li>• Velar por el estricto cumplimiento del protocolo y realizar las correcciones que en la práctica se precisen.</li></ul>
Médicos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Conocer, cumplir y aplicar el protocolo.</li><li>• Completar la solicitud de exámenes imagenológicos con los datos mínimos obligatorios.</li></ul>
Enfermeras, matronas servicios clínicos y/o unidades de apoyo.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Conocer, cumplir y aplicar el protocolo.</li><li>• Revisar que las órdenes estén completas.</li><li>• Supervisar la preparación de pacientes pre examen de acuerdo a protocolo cuando corresponda.</li></ul>



**SERVICIO DE SALUD AYSÉN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE**

Tecnólogos imagenología	Médicos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Conocer, cumplir y aplicar el protocolo.</li><li>• Chequear que las solicitudes se encuentren debidamente completas.</li><li>• Verificar preparación del examen.</li><li>• Entregar e informar a los pacientes y/o personal enfermería las indicaciones pre y post examen.</li></ul>
Tecnólogo responsable imagenología	médico calidad	<ul style="list-style-type: none"><li>• Evaluación periódica del indicador.</li><li>• Supervisar cumplimiento normativa</li></ul>
Técnico Imagenología.	Paramédico	<ul style="list-style-type: none"><li>• Chequear que las solicitudes se encuentren debidamente completas.</li><li>• Colaborar en la entrega de indicaciones a pacientes sometidos exámenes imagenológicos.</li></ul>
Personal Administrativo		<ul style="list-style-type: none"><li>• Otorgar hora exámenes imagenológicos.</li><li>• Entregar e informar a los pacientes las indicaciones de preparación de exámenes.</li></ul>

**5. ALCANCE:**

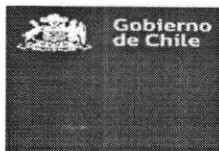
- El protocolo será aplicado:
  - Solicitudes de exámenes imagenológicos emanadas de atención abierta y cerrada.
  - Entrega de indicaciones pre y post exámenes imagenológicos.

**6. EXCEPCIONES:N/A**

**7. TERMINOLOGÍA:**

**Solicitud de Exámenes:** Documento a través del cual se solicita la realización de examen imagenológico.

**Indicaciones al Paciente:** Documento con indicaciones entregadas al paciente, antes y después de los procedimientos imagenológicos, según corresponda.



**SERVICIO DE SALUD AYSÉN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE**

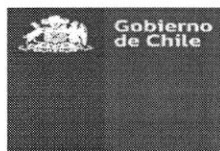
## **8. DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCESO:**

### **8.1. Requisitos que deben cumplir las solicitudes de exámenes imagenológicos:**

#### **CONSIDERACIONES:**

- La solicitud de exámenes imagenológicos deberán estar escritas con letra clara y legible.
- Antes de realizar el examen o procedimiento se debe verificar que la solicitud cumple los requisitos enunciados en este protocolo y corresponde al paciente a quién se le realizará el examen (chequeo de identidad).
- La orden de atención imagenológico debe incluir los siguientes requisitos mínimos de forma obligatoria:
  - Fecha solicitud
  - Procedencia
  - Incluir nombre y dos apellidos del paciente
  - Incluir Rut o ficha clínica
  - Edad
  - Hipótesis diagnóstica. Se debe indicar el motivo del examen actual o sospecha clínica
  - Prestación: Examen imagenología se debe especificar en este campo el tipo de examen (Radiografía, Ecotomografía, Procedimiento Contrastado, Mamografía, TAC). Cuando se solicite TAC de columna, indicar región o segmento anatómico a estudiar, por ejemplo, columna dorsal D1 – D5 (no es igual que Columna dorsal sin especificar)
  - Nombre Médico solicitante y/o código
- Las solicitudes de pacientes ambulatorios y hospitalizados en horario hábil serán recepcionadas por funcionario administrativo admisión imagenología, quien verifica que la solicitud de examen se encuentre con los datos mínimos. En caso de existir duda o que la solicitud este incompleta se consultará a tecnólogo médico quién decidirá de acuerdo la información entregada en la solicitud si se procede a su devolución o a su recepción para la toma examen.
- Funcionario administrativo admisión imagenología procede a otorgar hora de examen entregándole al requirente las indicaciones previas al examen si corresponde.





**SERVICIO DE SALUD AYSÉN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE**

- En horario inhábil las solicitudes emanadas de pacientes hospitalizados y urgencia serán recepcionadas por Técnico Paramédico de imagenología quien verifica que la solicitud de examen se encuentre con los datos mínimos. En caso de existir duda o que la solicitud este incompleta se consultará a tecnólogo medico quién decidirá de acuerdo la información entregada en la solicitud si se procede a su devolución o a su recepción para la toma examen.  
Tecnólogo medico de turno y/o TENS entregaran indicaciones de preparación previa al examen si corresponde.
- Las indicaciones posteriores al procedimiento imagenológico serán entregadas por escrito por los profesionales de la unidad (médico, tecnólogo médico) con la colaboración de TENS de la sala. A los pacientes hospitalizados con indicaciones posteriores, se les anexaran estas a la ficha clínica.

**8.2. Procedimiento de indicaciones a pacientes antes y después de los procedimientos imagenológicos:**

**RADIOGRAFÍA COLUMNA LUMBAR, RENAL Y VESICAL SIMPLE, SACROCOXIS, ARTICULACIONES SACROILÍACAS (ADULTO):**

- Debe tener un régimen liviano por tres días antes del examen:
  - No comer legumbres, cecinas, carnes grasas, frutas ni verduras, no debe tomar mate, bebidas con gas o alcohol
- Evitar fumar, ni masticar chicle un día previo al examen.
- El día antes de asistir al examen tomar laxante aceite de ricino o fosfosoda (Después de las 18:00 Hrs.).
- Administrarse un enema fleet a las 6 AM del día del examen.

**RADIOGRAFÍA COLUMNA LUMBAR, RENAL Y VESICAL SIMPLE, SACROCOXIS, ARTICULACIONES SACROILÍACAS (PEDIÁTRICOS):**

- Se debe tener una dieta líquida durante el día previo al examen para limpiar el intestino



**SERVICIO DE SALUD AYSÉN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE**

#### **URETROCISTOGRAFÍA RETROGRADA:**

- No precisa ayunas.
- Traer examen de orina completa y urocultivo **NEGATIVO**, de no más de una semana antigüedad.
- Traer contraste yodado hidrosoluble y suero fisiológico.

#### **INDICACIONES POSTURETROCISTOGRAFÍA RETROGRADA:**

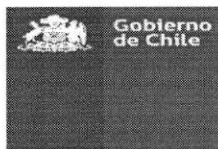
- Puede presentar ligeras molestias al orinar.
- Ingerir abundante líquido.
- Consultar al médico en caso necesario.

#### **HISTEROSALPINGOGRAFÍA:**

- Venir acompañada
- Traer toalla higiénica.
- Abstenerse de relaciones sexuales la noche previa al examen.
- Traer contraste yodado hidrosoluble

#### **COLANGIOGRAFÍA POST OPERATORIA O COLANGIOGRAFIA POR Sonda T:**

- Venir acompañado
- En ayunas
- 6 horas de ayuno, si el procedimiento es en la tarde.
- Traer contraste yodado hidrosoluble.



**SERVICIO DE SALUD AYSÉN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE**

#### **ENEMA BARITADO DE COLON:**

- En niños, de preferencia ayuno de acuerdo a la edad.
- En pacientes adultos:
  - Debe tener dos días de régimen blando.
  - Asistir en ayunas.
  - El día antes del examen debe tomar un laxante (aceite de ricino o fosfosoda) a las 18 hrs.
  - El día del examen deberá administrarse un enema fleet a las 6 AM.
- Posterior al examen debe ingerir abundante líquido.

#### **ESOFAGO, ESTOMAGO DUODENO:**

- En lactantes: se solicita 3 horas de ayuno
- En pre escolares: se solicita 4 horas de ayuno.
- En pacientes adultos:
  - Asistir con 6 horas de ayuno.
  - Suspender medicamentos antireflujos por el día del examen.
- Posterior al examen debe ingerir abundante líquido durante 24 horas.

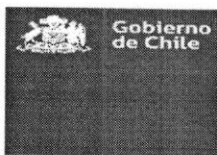
#### **MAMOGRAFÍA:**

- Debe traer exámenes anteriores (mamografía, ecotomografía mamaria)
- NO se debe aplicar desodorante

#### **MARCACIÓN RADIOQUIRÚRGICA DE MAMA:**

- Debe asistir ese día con sus exámenes mamográficos anteriores
- No debe estar con tratamiento de tipo anticoagulante ni haber consumido aspirina dos semanas antes.
- En caso de ser alérgica a la lidocaína o al yodo debe avisar oportunamente al personal.





SERVICIO DE SALUD AYSÉN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE

**INDICACIONES POSTMARCACIÓN RADIOQUIRÚRGICA DE MAMA:**

- Observar el apósito.
- No mojar zona.
- Cualquier molestia, dolor, sangramiento avisar a enfermería.

**ECOTOMOGRAFÍA MAMARIA:**

- Los pacientes deben traer todos los exámenes anteriores (mamografías, ecotomografías mamarias, biopsias, etc).

**ECOTOMOGRAFÍA TIROIDEA, TESTICULAR:**

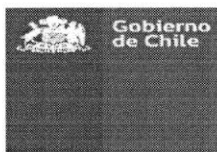
- Los pacientes deben traer todos los exámenes anteriores (ecotomografías, biopsias, etc).

**ECOTOMOGRAFÍA ABDOMINAL, PANCREÁTICA, RENAL:**

- El paciente debe realizar Ayuno de toda la noche si el examen se realiza en la mañana.
- Ayuno de por lo menos 6 horas si el examen se realiza después del medio día (desayuno liviano a las 07:30 de la mañana).

**ECOTOMOGRAFÍA PROSTÁTICA, VESICOPROSTÁTICA, VESICAL, PELVIANA (FEMENINA y MASCULINA):**

- El paciente debe acudir con retención de al menos 6 horas de orina.
- Todo paciente debe ingerir 1½ litro de líquido (mate, té, agua) una hora antes del examen.



**SERVICIO DE SALUD AYSÉN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE**

**ECOTOMOGRAFÍA DOPPLER ABDOMINAL, RENAL:**

- Los pacientes deben traer todos los exámenes anteriores (ecotomografías, biopsias, etc).
- El paciente debe acudir en ayunas.
- Ayuno de por lo menos 6 horas si el examen se realiza después del mediodía (desayuno liviano a las 07:30 de la mañana).

**ECOTOMOGRAFÍA DOPPLER EEII, EESS, CAROTIDA:**

- Los pacientes deben traer todos los exámenes anteriores (ecotomografías, biopsias, etc).

**ECOTOMOGRAFÍA MUSCULO ESQUELETICO:**

- Los pacientes deben traer todos los exámenes anteriores (radiografías, ecotomografías, etc).

**ECOTOMOGRAFÍA TIROIDEA (ECOGRAFIA CERVICAL POR PATOLOGIA TIROIDEAS):**

- Los pacientes deben traer todos los exámenes anteriores (ecotomografías, biopsias, etc.)

**ECOTOMOGRAFÍA ENCEFALICA, CADERAS (LACTANTES):**

- Los pacientes deben traer todos los exámenes anteriores (radiografías, ecotomografías, etc).



**SERVICIO DE SALUD AYSÉN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE**

### **BIOPSIA CORE MAMARIA:**

La biopsia Core de mama es un procedimiento ambulatorio que dura alrededor de 30 minutos mediante el cual es posible obtener muestras de tejido mamario idealmente bajo visión ecográfica, a través de una pequeña incisión en la piel.

Se realiza con un instrumento especial llamado Pistola Bard que se introduce en la mama previa administración de anestesia local y permite obtener varias muestras de tejido. Ocasionalmente puede observarse complicaciones, entre ellas:

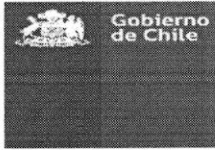
- ✓ Sangramiento, que generalmente cede con compresión local.
- ✓ Infección en el sitio de punción, muy infrecuente.
- ✓ Hematoma, ocurre en baja frecuencia, generalmente autolimitado, pocas veces requiere tratamiento.
- ✓ Dolor post procedimiento, el cual suele ceder espontáneamente o con analgésicos habituales.
- ✓ Reacción vasovagal, puede manifestarse como sensación de desmayo.

### **Indicaciones pre Biopsia CORE:**

- Debe suspender la ingesta de aspirinas, anticoagulantes 15 días previo al examen.
- Traer Exámenes Anteriores (mamografía y ecotomografía mama ria).
- Venir Acompañado.

### **POST BIOPSIA CORE MAMARIA BAJO ECOGRAFÍA.**

- En caso de dolor puede solicitar analgésicos a su médico.
- En caso de ser necesario, indicado por su médico, puede aplicarse hielo por 3 veces, cada una hora.
- Evite los ejercicios fuertes por 2 días. (brazo de lado biopsia).
- No moje la zona de biopsia. A las 24 horas se debe sacar el primer parche y a las 48 horas retirar el último parche.
- Si nota que la mama se enrojece, se inflama o sangra por el sitio de punción, contactar a su médico que realizó el procedimiento o acudir al servicio de urgencia.



**SERVICIO DE SALUD AYSÉN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE**

#### **BIOPSIA TIROIDEA BAJO ECOGRAFÍA.**

- Debe suspender la ingesta de aspirinas, anticoagulantes 15 días previo al examen.
- Traer Exámenes Anteriores (ecotomografía tiroidea).

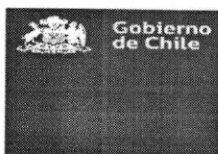
#### **TOMOGRAFÍA MULTICORTE:**

**EXÁMENES SIN MEDIO DE CONTRASTE: Cerebro, Cavidades Paranasales (CPN), Columna Cervical, Dorsal, Lumbar, Sacra, Pelvis Ósea, Parrilla Costal, Extremidades Óseas.**

- No requieren de ayuno previo.
- Debe presentarse 15 minutos antes de la hora de examen.
- Traer exámenes anteriores.

#### **PIELOTAC**

- Tomar 1 litro de agua una hora antes del examen y debe presentarse con retención de orina.
- Debe presentarse 15 minutos antes de la hora examen.



**SERVICIO DE SALUD AYSÉN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE**

### **TOMOGRAFIA MULTICORTE:**

#### **Exámenes Con Medio De Contraste Pacientes Ambulatorios:**

- Tomar 1litro de agua una hora antes delexamen(Sólo en Abdomen, Abdomen – Pelvis).
- Debe asistir con 6 horas de ayuno, mínimo 4 horas.
- Debe presentarse 15 minutos antes de la hora examen.
- Paciente sobre 60 años y paciente diabético, deberá traer nivel de creatinina sérico reciente (a lo menos con un mes de antigüedad).
- Si el examen de creatinina es superior al rango normal, el paciente deberá acudir a su médico tratante para solicitar protección renal.
- Contestar encuesta de exámenes contrastados Imagenológicos.
- Los pacientes diabéticos deben suspender la Metformina el día del examen y dos días después de éste.
- Los pacientes alérgicos o con factores de riesgo serán premedicados según indicación del Médico Radiólogo.
- *En el caso de pacientes hospitalizados, debe ingresar a la Unidad de Imagenología, con una vía venosa periférica 18 ó 20 G.*

### **9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:**

- Manual Del Estándar General De Acreditación Para Prestadores Institucionales Destinados Al Otorgamiento De Servicios De Imagenología.
- Técnica de Radiología Diagnostica. G.H. Whitehouse, B.S. Worthington
- Procedimiento Evaluación Solicitud De Exámenes E Indicaciones En Procedimientos Imagenológicos. Instituto Nacional Del Cáncer. Enero 2010
- Protocolo Sistema De Solicitud De Exámenes, Entrega De Indicaciones a Pacientes De Procedimientos Imagenológicos Y Tiempos De Entrega De Resultados. Hospital Clínico Félix Bulnes. Noviembre 2010
- Requisitos de Solicitud De Exámenes E Indicaciones En Procedimientos Imagenológicos. Hospital san Juan De Dios-CDT. Mayo 2011.





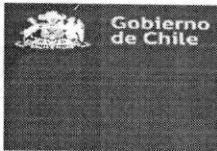
**SERVICIO DE SALUD AYSÉN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE**

## 10. EVALUACION:

- RESPONSABLE: T.M. Encargada Calidad.
- METODOLOGIA:  
Prevalencia. Se aleatorizará un día hábil en el mes evaluado. En el día aleatorizado se aplicará pauta de cotejo para evaluar los requisitos mínimos exigibles en la solicitud de Tomografía Computada de los pacientes hospitalizados y ambulatorios en los puntos de verificación: imagenología, UCI adultos, UTI adultos, Medicina, Pensionado, Urgencia.
- PERIODICIDAD:
  - De la evaluación: Mensual.

## 11. INDICADOR:

FORMULACION DEL INDICADOR	
Nombre del Indicador	Porcentaje de solicitudes de exámenes imagenológicos de Tomografía Computada que cumple con los requisitos mínimos exigibles.
Justificación	"Este indicador evalúa el cumplimiento del proceso de solicitud orden de atención de acuerdo a un protocolo estandarizado basado en los criterios consensuados de la Unidad de Imagenología de acuerdo a la evidencia científica actualmente disponible. Esto contribuye a otorgar procesos asistenciales más seguros y disminuir el riesgo de eventos adversos asociados a la atención.
Dimensión	Calidad
Fórmula	$\frac{\text{Nº de solicitudes de exámenes imagenológicos de tomografía computada que cumple con los requisitos mínimos exigibles}}{\text{Nº total de exámenes imagenológicos de tomografía computada solicitados}} \times 100$
Población	Solicitudes de exámenes imagenológicos de tomografía computada de pacientes ambulatorias y hospitalizados
Tipo	Proceso
Umbral cumplimiento de	≥85%
Periodicidad	Mensual
Responsable	TM. Responsable de Calidad Jefe Unidad



**SERVICIO DE SALUD AYSÉN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE**

**12. ANEXOS:**

SERVICIO DE SALUD AYSÉN  
HOSPITAL REGIONAL DE COYHAIQUE

FECHA: \_\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_\_

**ORDEN DE ATENCION**

FOLIO: \_\_\_\_\_

AUGE: SI  NO

PROCEDENCIA: \_\_\_\_\_

**Identificación del paciente**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_ FICHA: \_\_\_\_\_

**Datos de la orden de atención**

DESTINO: Atención abierta  Atención cerrada  Apoyo diagnóst.

ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_

Derivado para: seguimiento  Tratamiento  diagnóstico

Otro (especifique) \_\_\_\_\_

Hip. diagnóstica: \_\_\_\_\_

Prestación: Hospitalización  \_\_\_\_\_  
 Exs. Imagenología  \_\_\_\_\_  
 Procedimientos  \_\_\_\_\_  
 Compra de Serv.  \_\_\_\_\_  
 Otros  \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

FECHA DE REALIZACION DE LA PRESTACION \_\_\_\_\_

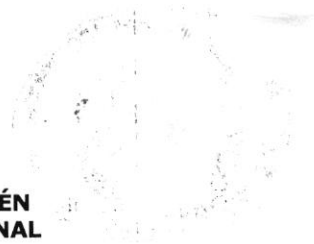
MEDICO SOLICITANTE \_\_\_\_\_

CODIGO: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_  
 COD. 6520039



**SERVICIO DE SALUD AYSÉN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE**



**PAUTA DE CHEQUEO DE SOLICITUD DE EXAMENES**


**Evaluador:**  
**Fecha:**

**Servicio clínico.**

Ficha o RUT	REQUISITOS OBLIGATORIOS DE LA ORDEN ATENCIÓN								CUMPLE	
	Fecha Solicitud	Procedencia	Nombre y Apellidos	RUT O FICHA CLÍNICA	EDAD	DIAGN	EX. IMAG	Nombre y/o código médico solicitante	SI	NO
<b>TOTAL</b>										

**OBSERVACIONES:**

**CONTROL DE CAMBIOS: Protocolo Solicitud de Exámenes e Indicaciones a pacientes en Procedimientos Imagenológicos.**

Revisión	Fecha	Modificación realizada																																																																																																																									
1	02/01/2018	<p><b>Incorpórese al Punto 12. Anexos: Solicitud Examen Imagenológico.</b> Mantiene vigente la orden de atención establecida en Protocolo.</p> <div style="text-align: center;">  <p>SERVICIO DE SALUD AYSÉN SERVICIO DE APOYO DIAGNÓSTICO IMAGENOLÓGICA</p> <p>HOSPITAL REGIONAL</p> <p>SOLICITUD DE EXAMEN IMAGENOLÓGICO</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">NOMBRE:</td> <td>EDAD:</td> </tr> <tr> <td>RUT:</td> <td>FICHA:</td> <td>FECHA:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">PROCEDENCIA:</td> <td>TELÉFONO:</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="2">PRESTACIÓN</th> <th colspan="2">COLUMNA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>401002</td> <td>Cavum Rinofaríngeo</td> <td>401042</td> <td>Cervical o atlas-axis (Ap/lat) (2 exp.)</td> </tr> <tr> <td>401009</td> <td>Tórax Simple (Frontal)</td> <td>401043</td> <td>Cervical (ap, lat y oblicuas) (4 exp.)</td> </tr> <tr> <td>401070</td> <td>Tórax (PA/LAT) (2 exp.)</td> <td>401044</td> <td>Cervical funcional adicional (2 exp.)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>401045</td> <td>Dorsal, dorsolumbar, parilla costal (2 exp.)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>401046</td> <td>Lumbar o lumbosacro (incluye 3º espacio) (3-4 exp.)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>401047</td> <td>Lumbar funcional (2 exp.)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>401048</td> <td>Lumbar, oblicuas adicionales (2 exp.)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>401049</td> <td>Columna total panorámica (1 exp.)</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="2">ABDOMEN</th> <th colspan="2">CABEZA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>401013</td> <td>Abdomen Simple (1 exp.)</td> <td>401032</td> <td>Cráneo frontal y lateral (2 exp.)</td> </tr> <tr> <td>401014</td> <td>Abdomen Simple lat. o Obi (1 exp.)</td> <td>401033</td> <td>Towne (1 exp.)</td> </tr> <tr> <td>401028</td> <td>Renal Simple (1 exp.)</td> <td>401031</td> <td>CPN, órbitas, ATM, huesos propios, maxilar, maxilar, arco cigomático, cara (2 exp.)</td> </tr> <tr> <td>401029</td> <td>Vesical Simple o perivesical (1 exp.)</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>DER</th> <th>IZQ</th> <th>EXTREMIDADES</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>401054</td> <td>Brazo, antebrazo, codo, muñeca, mano, dedos, pie, tobillo, EESS (2 exp.)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>401055</td> <td>Cervicute (2 exp.)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>401056</td> <td>Edad ósea</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>401058</td> <td>Estudio de escafoides</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>401059</td> <td>Muñeca o Tobillo (ap, lat y oblicuas) (4 exp.)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>401060</td> <td>Hombro, fémur, rodilla, pierna, costilla o esternón, EEI. (ap/lat) (2 exp.)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>401062</td> <td>Proy. Especiales hombro, brazo, codo, rodilla, pezuñoides, axial de ambas rotulas o similares.</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>401063</td> <td>Túnel intercondileo o carpiano</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>DER</th> <th>IZQ</th> <th>PELVIS</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>401051</td> <td>Pelvis o Cadera AP (1 exp.)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>401052</td> <td>Pelvis, cadera (rot. interna, abducción, lateral, lawenstain, inlet, outlet, obturatriz, star)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>401151</td> <td>Pelvis, cadera RN, menores 6 años (1 exp.)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>401053</td> <td>Sacrocoxis, art. Sacroilíacas (2-3 exp.)</td> </tr> </tbody> </table> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px; margin-top: 10px;"> <p>OBSERVACIONES U OTROS EXÁMENES:</p> </div> </div>	NOMBRE:		EDAD:	RUT:	FICHA:	FECHA:	PROCEDENCIA:		TELÉFONO:	PRESTACIÓN		COLUMNA		401002	Cavum Rinofaríngeo	401042	Cervical o atlas-axis (Ap/lat) (2 exp.)	401009	Tórax Simple (Frontal)	401043	Cervical (ap, lat y oblicuas) (4 exp.)	401070	Tórax (PA/LAT) (2 exp.)	401044	Cervical funcional adicional (2 exp.)			401045	Dorsal, dorsolumbar, parilla costal (2 exp.)			401046	Lumbar o lumbosacro (incluye 3º espacio) (3-4 exp.)			401047	Lumbar funcional (2 exp.)			401048	Lumbar, oblicuas adicionales (2 exp.)			401049	Columna total panorámica (1 exp.)	ABDOMEN		CABEZA		401013	Abdomen Simple (1 exp.)	401032	Cráneo frontal y lateral (2 exp.)	401014	Abdomen Simple lat. o Obi (1 exp.)	401033	Towne (1 exp.)	401028	Renal Simple (1 exp.)	401031	CPN, órbitas, ATM, huesos propios, maxilar, maxilar, arco cigomático, cara (2 exp.)	401029	Vesical Simple o perivesical (1 exp.)			DER	IZQ	EXTREMIDADES				401054	Brazo, antebrazo, codo, muñeca, mano, dedos, pie, tobillo, EESS (2 exp.)			401055	Cervicute (2 exp.)			401056	Edad ósea			401058	Estudio de escafoides			401059	Muñeca o Tobillo (ap, lat y oblicuas) (4 exp.)			401060	Hombro, fémur, rodilla, pierna, costilla o esternón, EEI. (ap/lat) (2 exp.)			401062	Proy. Especiales hombro, brazo, codo, rodilla, pezuñoides, axial de ambas rotulas o similares.			401063	Túnel intercondileo o carpiano	DER	IZQ	PELVIS				401051	Pelvis o Cadera AP (1 exp.)			401052	Pelvis, cadera (rot. interna, abducción, lateral, lawenstain, inlet, outlet, obturatriz, star)			401151	Pelvis, cadera RN, menores 6 años (1 exp.)			401053	Sacrocoxis, art. Sacroilíacas (2-3 exp.)
NOMBRE:		EDAD:																																																																																																																									
RUT:	FICHA:	FECHA:																																																																																																																									
PROCEDENCIA:		TELÉFONO:																																																																																																																									
PRESTACIÓN		COLUMNA																																																																																																																									
401002	Cavum Rinofaríngeo	401042	Cervical o atlas-axis (Ap/lat) (2 exp.)																																																																																																																								
401009	Tórax Simple (Frontal)	401043	Cervical (ap, lat y oblicuas) (4 exp.)																																																																																																																								
401070	Tórax (PA/LAT) (2 exp.)	401044	Cervical funcional adicional (2 exp.)																																																																																																																								
		401045	Dorsal, dorsolumbar, parilla costal (2 exp.)																																																																																																																								
		401046	Lumbar o lumbosacro (incluye 3º espacio) (3-4 exp.)																																																																																																																								
		401047	Lumbar funcional (2 exp.)																																																																																																																								
		401048	Lumbar, oblicuas adicionales (2 exp.)																																																																																																																								
		401049	Columna total panorámica (1 exp.)																																																																																																																								
ABDOMEN		CABEZA																																																																																																																									
401013	Abdomen Simple (1 exp.)	401032	Cráneo frontal y lateral (2 exp.)																																																																																																																								
401014	Abdomen Simple lat. o Obi (1 exp.)	401033	Towne (1 exp.)																																																																																																																								
401028	Renal Simple (1 exp.)	401031	CPN, órbitas, ATM, huesos propios, maxilar, maxilar, arco cigomático, cara (2 exp.)																																																																																																																								
401029	Vesical Simple o perivesical (1 exp.)																																																																																																																										
DER	IZQ	EXTREMIDADES																																																																																																																									
		401054	Brazo, antebrazo, codo, muñeca, mano, dedos, pie, tobillo, EESS (2 exp.)																																																																																																																								
		401055	Cervicute (2 exp.)																																																																																																																								
		401056	Edad ósea																																																																																																																								
		401058	Estudio de escafoides																																																																																																																								
		401059	Muñeca o Tobillo (ap, lat y oblicuas) (4 exp.)																																																																																																																								
		401060	Hombro, fémur, rodilla, pierna, costilla o esternón, EEI. (ap/lat) (2 exp.)																																																																																																																								
		401062	Proy. Especiales hombro, brazo, codo, rodilla, pezuñoides, axial de ambas rotulas o similares.																																																																																																																								
		401063	Túnel intercondileo o carpiano																																																																																																																								
DER	IZQ	PELVIS																																																																																																																									
		401051	Pelvis o Cadera AP (1 exp.)																																																																																																																								
		401052	Pelvis, cadera (rot. interna, abducción, lateral, lawenstain, inlet, outlet, obturatriz, star)																																																																																																																								
		401151	Pelvis, cadera RN, menores 6 años (1 exp.)																																																																																																																								
		401053	Sacrocoxis, art. Sacroilíacas (2-3 exp.)																																																																																																																								

**SERVICIO SALUD AYSÉN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE**




		<p><b>PRESTACIÓN MAMOGRAFÍA</b></p> <table border="1"> <tr> <td>401010</td> <td>Mamografía Bilateral</td> <td>401011</td> <td>Marcación Preoperatoria</td> </tr> <tr> <td>401101</td> <td>Mamografía Unilateral</td> <td>401012</td> <td>Radiografía de pieza operatoria</td> </tr> <tr> <td>401130</td> <td>Proyección Complementaria</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		401010	Mamografía Bilateral	401011	Marcación Preoperatoria	401101	Mamografía Unilateral	401012	Radiografía de pieza operatoria	401130	Proyección Complementaria																																		
401010	Mamografía Bilateral	401011	Marcación Preoperatoria																																												
401101	Mamografía Unilateral	401012	Radiografía de pieza operatoria																																												
401130	Proyección Complementaria																																														
		<p><b>PRESTACIÓN TAC</b></p> <table border="1"> <tr> <td>403001</td> <td>TAC de Cerebro</td> <td>403014</td> <td>TAC Abdomen</td> </tr> <tr> <td>403002</td> <td>TAC de Silla Turca</td> <td>403016</td> <td>TAC Pélvis</td> </tr> <tr> <td>403003</td> <td>TAC de Fosa Posterior</td> <td>403020</td> <td>TAC Abdomen y Pélvis</td> </tr> <tr> <td>403006</td> <td>TAC de Oídos-Temporal</td> <td>403021</td> <td>Pielotac</td> </tr> <tr> <td>403007</td> <td>TAC M. Facial-Orbitas-CPN</td> <td>403022</td> <td>Urotac</td> </tr> <tr> <td>403008</td> <td>TAC Col. Cervical</td> <td>403017</td> <td>TAC Extremidades</td> </tr> <tr> <td>403018</td> <td>TAC Col. Dorsal</td> <td>403101</td> <td>ANGIOTAC de Cerebro</td> </tr> <tr> <td>403019</td> <td>TAC Col. Lumbar</td> <td>403104</td> <td>ANGIOTAC de Cuello</td> </tr> <tr> <td>403012</td> <td>TAC Cuello</td> <td>403102</td> <td>ANGIOTAC de Tórax</td> </tr> <tr> <td>403013</td> <td>TAC Tórax</td> <td>403103</td> <td>ANGIOTAC de Abdomen</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>403105</td> <td>ANGIOTAC de Pélvis</td> </tr> </table>		403001	TAC de Cerebro	403014	TAC Abdomen	403002	TAC de Silla Turca	403016	TAC Pélvis	403003	TAC de Fosa Posterior	403020	TAC Abdomen y Pélvis	403006	TAC de Oídos-Temporal	403021	Pielotac	403007	TAC M. Facial-Orbitas-CPN	403022	Urotac	403008	TAC Col. Cervical	403017	TAC Extremidades	403018	TAC Col. Dorsal	403101	ANGIOTAC de Cerebro	403019	TAC Col. Lumbar	403104	ANGIOTAC de Cuello	403012	TAC Cuello	403102	ANGIOTAC de Tórax	403013	TAC Tórax	403103	ANGIOTAC de Abdomen			403105	ANGIOTAC de Pélvis
403001	TAC de Cerebro	403014	TAC Abdomen																																												
403002	TAC de Silla Turca	403016	TAC Pélvis																																												
403003	TAC de Fosa Posterior	403020	TAC Abdomen y Pélvis																																												
403006	TAC de Oídos-Temporal	403021	Pielotac																																												
403007	TAC M. Facial-Orbitas-CPN	403022	Urotac																																												
403008	TAC Col. Cervical	403017	TAC Extremidades																																												
403018	TAC Col. Dorsal	403101	ANGIOTAC de Cerebro																																												
403019	TAC Col. Lumbar	403104	ANGIOTAC de Cuello																																												
403012	TAC Cuello	403102	ANGIOTAC de Tórax																																												
403013	TAC Tórax	403103	ANGIOTAC de Abdomen																																												
		403105	ANGIOTAC de Pélvis																																												
		<p><b>PRESTACIÓN ECOGRAFÍAS</b></p> <table border="1"> <tr> <td>404002</td> <td>Eco Obstétrica</td> <td>404014</td> <td>Eco Testicular (1 o ambos)</td> </tr> <tr> <td>404003</td> <td>Ecografía Abdominal</td> <td>404015</td> <td>Eco Tiroides</td> </tr> <tr> <td>404004</td> <td>Eco Apoyo a Cirugía o Procedimiento</td> <td>404016</td> <td>Eco Articular o de Partes Blandas</td> </tr> <tr> <td>404005</td> <td>Eco Transvaginal o Transrectal</td> <td>404118</td> <td>Eco Vascular Periférica Bilat. (Arterial y Venosa)</td> </tr> <tr> <td>404006</td> <td>Eco Pélvis Femenina o Síncitológica</td> <td>404119</td> <td>Eco Doppler Vasos de Cuello (Carótida)</td> </tr> <tr> <td>404009</td> <td>Eco Pélvis Masculina (Incluye vejiga y próstata)</td> <td>404120</td> <td>Eco Doppler Transcraneana</td> </tr> <tr> <td>404010</td> <td>Eco Reneal (Bilateral) y Bazo</td> <td>404121</td> <td>Eco Doppler Abdominal o Vasos Testiculares</td> </tr> <tr> <td>404011</td> <td>Eco Encéfálica (RN o LACTANTE)</td> <td>1401001+ 404004</td> <td>Punción Evacuadora de Quiste Tiroides C/S Toma de Muestra (PAAP)</td> </tr> <tr> <td>404012</td> <td>Eco Mamas Bilateral</td> <td>2001022+ 404004</td> <td>Biopsia CORE</td> </tr> </table>		404002	Eco Obstétrica	404014	Eco Testicular (1 o ambos)	404003	Ecografía Abdominal	404015	Eco Tiroides	404004	Eco Apoyo a Cirugía o Procedimiento	404016	Eco Articular o de Partes Blandas	404005	Eco Transvaginal o Transrectal	404118	Eco Vascular Periférica Bilat. (Arterial y Venosa)	404006	Eco Pélvis Femenina o Síncitológica	404119	Eco Doppler Vasos de Cuello (Carótida)	404009	Eco Pélvis Masculina (Incluye vejiga y próstata)	404120	Eco Doppler Transcraneana	404010	Eco Reneal (Bilateral) y Bazo	404121	Eco Doppler Abdominal o Vasos Testiculares	404011	Eco Encéfálica (RN o LACTANTE)	1401001+ 404004	Punción Evacuadora de Quiste Tiroides C/S Toma de Muestra (PAAP)	404012	Eco Mamas Bilateral	2001022+ 404004	Biopsia CORE								
404002	Eco Obstétrica	404014	Eco Testicular (1 o ambos)																																												
404003	Ecografía Abdominal	404015	Eco Tiroides																																												
404004	Eco Apoyo a Cirugía o Procedimiento	404016	Eco Articular o de Partes Blandas																																												
404005	Eco Transvaginal o Transrectal	404118	Eco Vascular Periférica Bilat. (Arterial y Venosa)																																												
404006	Eco Pélvis Femenina o Síncitológica	404119	Eco Doppler Vasos de Cuello (Carótida)																																												
404009	Eco Pélvis Masculina (Incluye vejiga y próstata)	404120	Eco Doppler Transcraneana																																												
404010	Eco Reneal (Bilateral) y Bazo	404121	Eco Doppler Abdominal o Vasos Testiculares																																												
404011	Eco Encéfálica (RN o LACTANTE)	1401001+ 404004	Punción Evacuadora de Quiste Tiroides C/S Toma de Muestra (PAAP)																																												
404012	Eco Mamas Bilateral	2001022+ 404004	Biopsia CORE																																												
		<p>DIAGNOSTICO:</p>																																													
		<p>OBSERVACIONES U OTROS EXÁMENES:</p>																																													
		<p>MÉDICO TRATANTE:</p>																																													
		<p>FIRMA Y CÓDIGO</p>																																													





Gobierno de Chile

**SERVICIO SALUD AYSÉN  
HOSPITAL REGIONAL  
COYHAIQUE**

ELABORACIÓN	APRUEBA / MODIFICACIÓN	VISACIÓN
Iván Mera Sandra Cheuquehuala	 Osvaldo Abarca	Paulina Arriagada Sandra Gálvez
Jefe Imagenología TM. Coordinadora Imagenología		
 firma	 firma	 Firma
02/01/2018	02/01/2018	03/01/2018