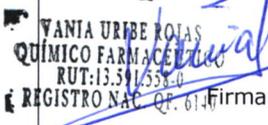


 SERVICIO SALUD AYSÉN HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE	NORMA FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS	Código:
		Edición: 03
		Fecha inicio Vigencia: 27/12/22
		Páginas: 1 - 18
		Vigencia: 5 años

NORMA FORMATO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS

ELABORACIÓN	REVISIÓN	APROBACIÓN
Carmen Villarroel Vania Uribe	Pablo Riquelme	Paulina Attagada Sandra Gálvez
Químico Farmacéutico Responsable Calidad Farmacia	Jefe Farmacia	
 Carmen Villarroel Norambuena 11.351.645-3 Químico Farmacéutico  VANIA URIBE ROJAS QUÍMICO FARMACÉUTICO RUT: 13.591.553-0 REGISTRO NAC. QF. 6147 Firma	 Pablo A. Riquelme Químico Farmacéutico Rut: 16.154.768-3 Firma	 Firma y timbre
Fecha: 23/12/2022	Fecha: 23/012/2022	Fecha: 27/12/2022



**SERVICIO SALUD AISEN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE**

1. INDICE:

TITULO	Nº página
Introducción	3
Objetivos	3
Responsables	3
Alcance	3
Excepciones	3
Terminología	3
Descripciones de las Actividades del Proceso	4
Referencias Bibliográficas	6
Anexos	7



**SERVICIO SALUD AYSÉN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE**

2. INTRODUCCIÓN:

El término receta procede del latín *récipe*, que significa recíbase "dispéñtese" o "tómese". La receta médica es el documento legal por medio del cual los médicos legalmente capacitados prescriben la medicación al paciente para su dispensación por parte del farmacéutico, Técnico en Farmacia, por lo anterior, la prescripción es un proceso clínico individualizado y dinámico.

En este sentido, se hace necesario establecer institucionalmente la correcta prescripción de la receta médica de acuerdo a las normas vigentes de manera de prevenir errores que se puedan producir en la indicación médica, solicitud y despacho. Los errores que se producen en la cadena del medicamento son potencialmente lesivos para el paciente y, por lo tanto, deben prevenirse, evitarse y corregirse. Por este motivo, prevenir y evitar errores de medicación no es solo una obligación del médico que prescribe el medicamento, sino que debe ser el resultado del esfuerzo conjunto de los profesionales de la salud implicados en la atención al paciente.

3. OBJETIVOS:

- Estandarizar los requisitos para la correcta prescripción de la receta médica para pacientes hospitalizados y ambulatorios según normativa vigente.

4. RESPONSABLES:

RESPONSABLES	FUNCIÓN
Jefe de farmacia	<ul style="list-style-type: none">• Velar por el cumplimiento del procedimiento según norma.
Químicos Farmacéuticos	<ul style="list-style-type: none">• Velar por el cumplimiento de la normativa.• Supervisar la prescripción médica según norma.
Médicos	<ul style="list-style-type: none">• Prescribir receta médica de acuerdo a formato de prescripción.
Odontólogos	<ul style="list-style-type: none">• Prescribir receta médica de acuerdo a formato de prescripción.
Matronas	<ul style="list-style-type: none">• Prescribir receta médica para aquellos medicamentos relacionados con su especialidad.

5. ALCANCE:

- El protocolo debe ser aplicado en la prescripción de recetas de pacientes hospitalizados y ambulatorios que son atendidos en el establecimiento.

6. EXCEPCIONES: N/A

7. TERMINOLOGÍA:

Receta médica simple: es una orden suscrita por un médico Cirujano, Cirujano Dentista, Médico Veterinario, Matrona o cualquier otro profesional legalmente habilitado para hacerlo, con el fin de que una cantidad de cualquier medicamento o mezcla de ellos sea dispensada conforme a lo señalado por el profesional que la extiende.



**SERVICIO SALUD AYSÉN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE**

Receta médica magistral: es aquella en la que se prescribe una fórmula especial para un determinado paciente, la que debe elaborarse en el momento de su presentación, sobre la base de la simple división de una materia prima activa o producto farmacéutico registrado en el país, también prescrito profesionalmente, elaborados, con un período de validez asignado y bajo la responsabilidad de un Químico Farmacéutico.

Receta médica retenida: es aquella en la que se prescriben productos sujetos a control legal, con control de stock. Receta utilizada para el despacho de Benzodiazepinas.

Receta cheque: es un formulario oficial verde que forma parte de talonarios, donde cada servicio de salud deben enviar a elaborar y el Servicio de Salud autoriza timbrando las recetas. Farmacia entregará a sus médicos para la prescripción de productos estupefacientes y productos psicotrópicos.

8. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCESO:

8.1. Consideraciones Generales:

- En la unidad de farmacia, se mantendrá un Libro de registro del profesional Médico, odontólogo y matrona con los siguientes datos:
 - Nombre, apellidos y RUT
 - Firma y código (asignado por departamento de informática)
 - Dirección
 - Especialidad cuando corresponda
- El Hospital Regional Coyhaique cuenta con dos sistemas informáticos paralelos, sistema informático local y SSASUR.
- En ambos sistemas se ingresan recetas médicas para el despacho de medicamentos al paciente ambulatorio y hospitalizado.

8.2. Para el despacho de medicamentos con receta de talonario blanco y verde:

- Cada vez que los profesionales Médicos, necesiten retirar talonario de recetas blancas o recetas cheques, deberán concurrir a la unidad de farmacia personalmente, donde registrará en el libro de entrega de recetarios los siguientes datos:
 - Fecha de retiro de la o las recetas
 - Nombre o apellido de médico
 - firma y código del médico
 - Cantidad de recetas retiradas
 - Número (s) de folio (s) o serie
 - Número de Talonario.
- Para el tratamiento de patologías crónicas, la prescripción de medicamentos no debe ser superior a 30 días. En caso necesario, el médico podrá extender más de una receta, hasta que el paciente tenga su próximo control. Las recetas quedarán en poder del paciente, el que asistirá mensualmente con su receta a la farmacia a retirar sus medicamentos.



**SERVICIO SALUD AYSÉN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE**

- Toda receta que se extienda se debe registrar en sistema informático de Farmacia, su historial de retiro quedará consignado en el perfil farmacológico del paciente.
- Las recetas deben consignar los siguientes datos
 - Nombre del HOSPITAL, impreso en superior izquierdo y folio talonario. *
 - Nombre y apellidos del paciente *
 - Edad
 - Nombre del medicamento *
 - Ficha clínica o Rut *
 - Forma farmacéutica y dosificación*
 - Periodo que comprende el tratamiento expresado en número de días
 - Total de unidades a despachar *
 - Fecha de extensión de la receta *
 - Nombre y/o firma y código del profesional facultado para prescribir *

****Campos obligatorios requeridos para el despacho de una receta médica.***

8.3. Requisitos de la receta médica:

- La receta médica debe ser prescrita sin registrar siglas ni abreviaturas.
- La receta médica se debe cerrar sin dejar espacios entre la prescripción y la firma.
- La prescripción debe ser extendida de puño y letra del profesional que prescribe, con letra legible y sin enmendaduras. Solamente el profesional que la extendió podrá modificarla, certificando este hecho con su firma.
- Los jarabes deberán ser prescritos indicando la dosis en MG (miligramos) y su correspondiente conversión a ML (mililitros) simultáneamente.
- En cada receta podrá prescribirse un solo producto estupefaciente o psicotrópico en la dosis necesaria para un paciente, indicándose las cantidades en letras y números totales para un mes.
- La dispensación se hará ante la presentación de una receta, debiendo utilizarse los siguientes formularios para la prescripción:
 - Para pacientes ambulatorios de policlínico de especialidades se utilizará la receta COLOR BLANCO. Anexo N° 2
 - Para estupefacientes contenidos en el reglamento de estupefacientes: recetario para estupefacientes y psicotrópicos (receta verde) Anexo N° 2
 - Para psicotrópicos contenidos en el Reglamento de Productos Psicotrópicos, lista II y Lista III: recetario para estupefaciente y psicotrópicos (receta verde) Anexo N° 2



**SERVICIO SALUD AISEN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE**

- Para psicotrópicos contenidos en el Reglamento de Productos Psicotrópicos, lista IV (expendio bajo receta retenida): receta institucional (COLOR BLANCO) Anexo N° 2.
- Para pacientes hospitalizados se utilizará la receta Hospitalizados en duplicado. Anexo N° 2
- Para pacientes hospitalizados en pabellón y pabellón obstétrico se utilizará la receta según Anexo N° 3 y 4
- Para preparación de Nutrición parenteral se utilizará la receta Prescripción parenteral Anexo N° 5
- Para prescripción de Quimioterapia se utilizará la receta Protocolo Quimioterapia Anexo N°6

8.4. Despacho de medicamentos con receta SSASUR

- Las recetas electrónicas emitidas por el profesional autorizado mediante el sistema SSASUR, podrán prescribir los medicamentos presentes en el arsenal, con sus respectivas restricciones de especialidad.

8.5. Despacho de medicamentos controlado con receta SSASUR

- La receta electrónica para **benzodicepinas** deberá ser impresa por el Profesional, médico tratante, quien colocará su firma de puño y letra y su timbre, en cada una de la(s) hoja (s) impresa (s), condición imprescindible para ser despachada en farmacia.
- La receta controlada podrá ser indicada por un máximo de 6 meses, el paciente llevará sus recetas, por números correlativos de receta, y podrá acudir a farmacia a retirar sus medicamentos cada 30 días.
- La receta sólo podrá contener una benzodicepina, dosis y cantidad solicitada.
- Para el caso de pacientes pediátricos que requieren fraccionamiento, se deberá incluir en el espacio de observaciones la indicación "RECETARIO MAGISTRAL", luego la dosificación solicitada.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Resolución Exenta N° 42/85 21/02/1985. Minsal
- D.S. N° 404 1984. Reglamento de Estupefacientes.
- D.S. N° 405 1984. Reglamento de psicotrópicos.
- D.S. N° 1506/97, Reglamento de Benzodiazepinas
- Arsenal Farmacológico Hospital Regional Coyhaique.



SERVICIO SALUD AYSÉN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE

10. ANEXOS:

ANEXO N° 1

CLASIFICACIÓN POR LISTA DE LOS MEDICAMENTOS SUJETOS A CONTROL LEGAL (PSICOTRÓPICOS, BENZODIAZEPINAS Y ESTUPEFACIENTES).

PSICOTROPICOS Y BENZODIAZEPINAS

LISTA II

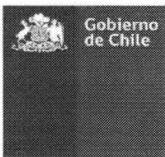
ANFETAMINA CM 10 MG	METILFENIDATO CM 10 MG y 20 MG
KETAMINA FA 500 MG	

LISTA III

FENOBARBITAL CM 15 MG y 100 MG	FENOBARBITAL AMP 200MG
-----------------------------------	---------------------------

LISTA IV

ALPRAZOLAM CM 0,5 MG	CLOBAZAM CM 10 MG	LORAZEPAM CM 2 MG
CLONAZEPAM CM 0,5 MG y 2 MG	DIAZEPAM CM 10 MG	LORAZEPAM AMP 4 MG
HIDRATO DE CLORAL DROGA	DIAZEPAM AMP 10 MG	MIDAZOLAN AMP 5 MG,15 MG y 50 MG



**SERVICIO SALUD AISEN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE**

ESTUPEFACIENTES

LISTA I

METADONA AMP 100 MG	MORFINA CLORHIDRATO AMP 10MG Y 20MG	MORFINA 2% SOL ORAL 60 ML
METADONA 10 MG CM	PETIDINA AMP 10 MG	REMIFENTANIL FA 2 MG
FENTANILO AMP 0,1 MG Y 0,5 MG	MORFINA CLORHIDRATO CP 30 MG	FENTANIL PARCHE 25 MCG Y 50 MCG

LISTA II

CODEINA FOSFATO DROGA	CODEINA 6% SOL ORAL 60 ML
--------------------------	------------------------------



SERVICIO SALUD AYSÉN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE

Receta SSASUR

SERVICIO DE SALUD AYSÉN

RECETA MÉDICA N° 21947435

DATOS RECETA			
Establecimiento	HOSPITAL COYHAIQUE	Precedencia	ATENCIÓN ABIERTA
Tipo Atención	CRÓNICO (202)	Cuenta Corriente	
Tipo Receta	NORMAL	Fecha Digresión	28/10/2022 18:53

PACIENTE		
Nombre		RUT
Edad	Fecha Nacimiento:	Provisión
Domicilio		Fecha

PRESCRIPCIÓN		
Producto		Cantidad
3.- OMEPRAZOL 20 MG CAPSULA		30
1 UNIDAD CADA 24 HORAS POR 30 DIAS VIA ORAL. Observación: SEGUN INDICACION		
5.- EUPROPOLACTONA 33 MG COMPRESIDO		30
1 UNIDAD CADA 24 HORAS POR 30 DIAS VIA ORAL. Observación: SEGUN INDICACION		
3.- LIDARTAB 600 MG COMPRESIDO		60
1 UNIDAD CADA 12 HORAS POR 30 DIAS VIA ORAL. Observación: SEGUN INDICACION		
6.- BICARBONATO SODIO GR5		60
1 GRAMO (SERELACION 12 HORAS POR 30 DIAS VIA ORAL. Observación: 1 GR C12		
5.- PIRENIDOLINA 20 MG COMPRESIDO		90
1 UNIDADES CADA 24 HORAS POR 30 DIAS VIA ORAL. Observación: SEGUN INDICACION		
6.- FURTOZEMIDA 40 MG COMPRESIDO		60
2 UNIDADES CADA 24 HORAS POR 30 DIAS VIA ORAL. Observación: SEGUN INDICACION		
7.- SULFAMETOXAZOL 800 MG + TRIMETOPRIMA 160 MG COMPRESIDO		15
1 UNIDAD CADA 48 HORAS POR 30 DIAS VIA ORAL. Observación: SEGUN INDICACION		
8.- CARBONATO DE CALCIO 1120 MG, SCALERO 450 MG + DOLICACIPROLOL 375 MG CAPSULA		30
1 UNIDAD CADA 24 HORAS POR 30 DIAS VIA ORAL. Observación: SEGUN INDICACION		
6.- ATORVASTATINA 20 MG COMPRESIDO		60
1 UNIDADES CADA 24 HORAS POR 30 DIAS VIA ORAL. Observación: SEGUN INDICACION		

WALDO BERNALES ZOLA
MEDICINA
2461574-B

Digitación	Preparación
Botulación	Entrega
Nombre y Récipio persona que recibe	

Impreso por: PATRICIA DEL CARMEN CONTRERAS RODRIGUEZ HOSPITAL COYHAIQUE, P 15.1.048.24
02/09/2022 09:33:05



**SERVICIO SALUD AYSÉN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE**

Receta Cheque

HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE
FARMACIA

Serie: A 0732 /16

SERVICIO SALUD DE AYSÉN Fecha: / /

Nombre y Apellidos del paciente: _____

RUN del paciente: _____ Edad: _____ Nº Ficha _____

Diagnóstico del paciente: _____

Rp. _____
(Nombre genérico, dosis de presentación y forma farmacéutica)

Dosis Diaria: _____

Periodo de tratamiento: _____

Nombre y RUN del profesional

Artes Gráficas y Cia. Ltda. / R.C. 71.884.882 - 1 / Registro Nº 17 / Estación / Fono: 51 254880 / 51 254180 / 51 254180 / 51 254180
TALON PARA ADJUNTAR A FICHA CLINICA

HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE
FARMACIA

Serie: A 0732 /16

RECETA CHEQUE PARA ESTUPEFACIENTES Y PRODUCTOS
PSICOTROPICOS
receta válida para uso institucional

Ambulatorio Hospitalizado Fecha: / /

Nombre y apellidos del paciente: _____

RUN del paciente: _____ Edad: _____ Nº Ficha _____

Domicilio/Servicio Clínico: _____

Diagnóstico del paciente: _____

Rp. _____
(Nombre genérico, dosis de presentación y forma farmacéutica)

Dosis Diaria: _____

Periodo de tratamiento: _____

Cantidad total a dispensar (Nº y Letras): _____

Nombre y RUN del Profesional: _____
Firma y Código _____

USO EXCLUSIVO FARMACIA

Nombre persona que retira: _____

RUN: _____ Fecha de retiro: / /

Artes Gráficas y Cia. Ltda. / R.C. 71.884.882 - 1 / Registro Nº 17 / Estación / Fono: 51 254880 / 51 254180 / 51 254180 / 51 254180



**SERVICIO SALUD AYSÉN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE**

ANEXO N° 3

SERVICIO DE SALUD AYSÉN
HOSPITAL REGIONAL DE COYHAIQUE
PABELLÓN QUIRÚRGICO Y ANESTESIA

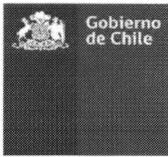
RECETA DE MEDICAMENTOS

NOMBRE PACIENTE	
DIAGNÓSTICO	
INTERVENCIÓN	
CIRUJANO	
FICHA	
PREVISIÓN	
FECHA	

CODIGO	MEDICAMENTO	PRES.	CANT	CODIGO	MEDICAMENTO	PRES.	CANT
2161890	ADRENALINA 1 MG	AM		2187931	MANITOL 15 % 250 ML	MTZ	
2130350	AMIKACINA 500 MG.	FA		2187932	MANITOL 15% 500 ML	MTZ	
2160230	AMINOFILINA AM 250 MG.	AM		2161400	METAMIZOL SODICO AM 1G	AM	
2160120	AMIODARONA AM 150 MG	AM		2161501	METILPREDNISOLONA DE 40 MG	JER	
2130415	AMPICILINA FA 500 MG.	FA		2163660	METOCLOPRAMIDA 10 MG.	AM	
2628550	ATRACURIO BESILATO 25 MG.	AM		2163559	METRONIDAZOL AM 500 MG.	AM	
2160310	ATROPINA SULFATO AM 1 MG.	AM		2163705	NALOXONA AM 0.4 MG (NARCAM)	AM	
2160116	AZUL DE METILENO AM 2 % X 2 ML	AM		2163980	NEOSTIGMINA METILSULFATO 0,5	AM	
2130710	BETAMETASONA AM 4 MG	AM		2164050	NITROGLICERINA AM 05 MG/10 ML	AM	
2188517	BICARBONATO DE SODIO 8,4%	AM		2164052	NITROGLICERINA FA 50 MG	FA	
2161901	ROCURONIO 50 MG X 5 ML	FA		2160228	NOREPINEFRINA 4 MG / AM	AM	
2160506	BUPIVACAINA AM 0,5% X 20 ML	AM		2163999	ONDANSETRON 4 MG/AM X 2 ML	AM	
2160507	BUPIVACAINA HIPERB 0.75 % X 2 ML	AM		2161980	OXITOCINA AM 5 UL.	AM	
2145518	CAPTOPRIL 25 MG / CM	CM		2172210	PARACETAMOL SUPOSITORIO 125MG	UD	
2131234	CEFAZOLINA 1 GRAMO	FA		2136635	PENICILINA SODICA 1000000 UI	FA	
2133325	CEFOTAXIMA FA 1 GR	FA		2166406	PENTOTHAL FA 1 GR	FA	
2131197	CEFTRIAXONA FA. 1 G.	FA		2164730	POTASIO CLORURO 10% AM 10 ML.	AM	
2138303	CLINDAMICINA 600 MG	FA		2164867	PROPANOLOL AM 1 MG/1ML	AM	
2160920	CLORFENAMINA MALEATO AM 10	AM		2166403	PROPOFOL 1% X 20 ML	FA	
2131320	CLOXACILINA SODICA FA 500 MG.	FA		2166402	PROPOFOL 1% X 50 ml	AM	
2160129	DANTROLENO SODICO 20	AM		2164820	PROTAMINA SULFATO AM 50 MG	AM	
2160128	DEXAMETASONA 4 MG/AM	AM		2164875	RANITIDINA AM 50 MG	AM	
2160125	DOBUTAMINA AM 250 MG.	AM		2188490	RINGER LACTATO 500 ML	AM	
2161500	DOPAMINA 200 MG/5 ML	AM		2173985	SALBUTAMOL INHAL SIMPLE	FC	
2164841	DROPERIDOL AM 5MG/2 ML	AM		2173982	SALBUTAMOL NEBULIZACIÓN	FC	
2161820	EFEDRINA SULFATO 60 MG (6%)	AM		2188430	SODIO CLORURO 0,9% 1000 ML	MTZ	
2167554	EPINEFRINA RACEMICA	FC		2188425	SODIO CLORURO 0,9% 500 ML	MTZ	
2161900	ERGOMETRINA 0,2/1 ML	AM		2165602	SODIO CLORURO 0,9% X 20 ML.	AM	
2161599	FENILEFRINA CLORHIDRATO 10 MG	AM		2165600	SODIO CLORURO 0.9 % X 10 ML	AM	
2162140	FITOMENADIONA IM (VT. K)	AM		2188429	SODIO CLORURO 0.9 % X 3000 ML	MTZ	
2163190	FLUMAZENIL AM 0.5 MG	AM		2188420	SODIO CLORURO 0.9% 250 ML	MTZ	
2162270	FUROSEMIDA AM 20 MG.	AM		2165620	SODIO CLORURO 10% AM 20 ML.	AM	
2133150	GENTAMICINA FA 2 ML. 80 MG.	FA		2165601	SODIO CLORURO 30%	FCD	
2160740	GLUCONATO DE CALCIO 10% 10 ML	AM		2165680	SUCCINILCOLINA CLORURO FA 10	FA	
2187400	GLUCINA 1,5% 3000 ML	MTZ		2188525	SUERO GLUCOSALINO 500 ML	MTZ	
2187520	GLUCOSA 10% 1000 ML	MTZ		2163540	SULFATO DE MAGNESIO 25% 5 ML %	AM	
2187515	GLUCOSA 10% 500 ML	MTZ		2186000	SUSTITUTO DEL PLASMA 6 % X 500 ML.	MTZ	
2187560	GLUCOSA 30 % 500 ML	MTZ		2178150	SULFADIAZINA PLATA 1% FC X 400 GR.	PT	
2182274	GLUCOSA 30 % X 20 ML	AM		2166040	TIETILPERAZINA 6,5 MG	AMP	
2187555	GLUCOSA 30% 250 ML.	MTZ		2160124	TRAMADOL AM/100 MG	AM	
2187510	GLUCOSA 5% 1000 ML	MTZ		2116501	VASELINA ESTERIL AM X 10 ML	AM	
2187500	GLUCOSA 5% 250 ML	MTZ		2160499	BEVAZISUMAB 100 MG	FCD	
2187505	GLUCOSA 5% 500 ML	MTZ		2131160	BETAXOLOL 0.5% SOLUC.OFTAL.	FC	
2162410	HALOPERIDOL AM 5 MG.	AM		2131280	CLORANFENICOL UNGÜENTO OFT	TU	
2162430	HEPARINA FA 25.000 UI/5 ML.	FA		2175200	CLORHIDRATO FENILEFRINA 2.5 %	FC	
2131465	HIDROCORTISONA FA 500 MG	FA		2139927	GENTAMICINA + BETAMETAZONA (UNG. C	TU	
2628425	INSULINA CRISTALINA 100 UI/ML	FA		2175203	CARBACHOL 0,01%	FC	
2164865	KETOPROFENO 100 MG EV	AM		2170246	MOXIFLOXACINO 0,5% OFT	FC	
2160132	LABETALOL 100 MG / 20 ML	AM		2131276	PROPARACAINA 0.5 % SOL OFT	FC	
2161280	LANATOSIDO C 0,4 MG	AM		2175205	TOBRAMICINA + DEXAMETASONA	TU	
2163230	LIDOCAINA AM 2%	AM		2178465	TROPICAMIDA 1% SOL OFT	FC	
2163225	LIDOCAINA AM 5% HIPERBÁRICA	AM		2134760	LINCOMICINA FA 600 MG.	FA	
Otro				Otro			
Otro				Otro			

NOMBRE Y FIRMA ANESTESIOLOGO

NOMBRE Y FIRMA AUXILIAR DE ANESTESIA



Gobierno de Chile

SERVICIO SALUD AYSEN HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE

ANEXO N° 4

SERVICIO DE SALUD AYSEN HOSPITAL REGIONAL DE COYHAIQUE PABELLON OBSTETRICO

RECETA DE MEDICAMENTOS E INSUMOS

023832

PACIENTE DIAGNOSTICO

SERVICIO ISAFRE, FONASA, PARTIC., OTRO

N° FICHA MATERNIDAD PENIGRADO

Table with columns for medication codes (COD. 211, 212, 214, 217, 282, 218, 219, 222, 224, 228, 340) and their respective quantities. Includes sub-totals for each code group.

AG LEVA Form. 2041980 Valpar.

COD. 652-0052



SERVICIO SALUD AISEN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE

ANEXO N° 5

Recetas Nutrición Parenteral

SERVICIO DE SALUD AISEN
HOSPITAL COYHAIQUE

N° 002312

PRESCRIPCION PARENTERAL

NOMBRE:

N° FICHA:

SERVICIO:

SALA:

GLUCOSA	cc		Vitaminas	amp.
	cc		Oligoelement	amp.
Na Cl 10%	cc		ZnSo4 0,88%	cc
K Cl 10%	cc		Heparina	UI
Na Acet 30%	cc		Insulina Crist	UI
KH2PO4 15%	cc		Ca Glucon. 10%	cc
MgSO4 25%	cc		Aminoacidos 8.5	cc
				cc
			Lipidos	cc
				cc
OBSERVACIONES:				
Médico: _____ Código: _____				
Diagnóstico: _____ Fecha: _____				

FIRMA				

Artex Graficas LERMA - Fono: 52244 Valpo.



Gobierno de Chile

SERVICIO SALUD AYSÉN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE

Receta Nutrición Parenteral UPC NEO:

Hospital Regional Coyhaique
UCIN
+56672262220

ALPAR 2001

RECETA

Para ser administrado el

Nombre :

Ficha Nº :

Previsión :

Diagnóstico:

Aminovent Infant 10%	ml.
Lípido al 20%	ml.
Glucosa 50%	ml.
Glucosa 30%	ml.
Cloruro de Sodio 10%	ml.
Acetato de Sodio 30%	ml.
Cloruro de Potasio 10%	ml.
Fosfato Monopotásico 15%	ml.
Gluconato de Calcio 10%	ml.
Sulfato de Magnesio 25%	ml.
Tracelyt	ml.
Sulfato de Zinc 0,88%	ml.
Solvit	ml.
Heparina 25 UI/1ml	ml.
Volumen total	ml.

04-02-2019

11:14

DRA. SOTTOVIA



**SERVICIO SALUD AYSÉN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE**

**Receta Nutrición Parenteral UPC NEO en sistema de THERAPIA
FRESENIUS KABI: páginas 1 y 2.**

THERAPIA IV		PLANTA SANTIAGO FONO: 223684801 - npt@fresenius-kabi.com	ID :																																				
		PLANTA CONCEPCIÓN FONO: 412179110 - nptccp@fresenius-kabi.com	RUT :																																				
INSTITUCIÓN :	HOSPITAL COYHAIQUE		SEXO :																																				
PACIENTE :			PESO :																																				
SERVICIO :			TALLA :																																				
UBICACIÓN :																																							
EDAD :																																							
DIAGNÓSTICO :																																							
FÓRMULAS		APORTES																																					
<table border="1"> <tr><th colspan="2">Volumen Total NP (ml/Kg/día)</th></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>		Volumen Total NP (ml/Kg/día)				<table border="1"> <tr><th colspan="2">APORTE NUTRICIONAL</th></tr> <tr><td>Calorías totales (cal/Kg/día)</td><td> </td></tr> <tr><td>Calorías proteicas (cal/Kg/día)</td><td> </td></tr> <tr><td>P (%)</td><td> </td></tr> <tr><td>Calorías CHO (cal/Kg/día)</td><td> </td></tr> <tr><td>CHO (%)</td><td> </td></tr> <tr><td>Calorías lípidos (cal/Kg/día)</td><td> </td></tr> <tr><td>Cal no prot/gr N</td><td> </td></tr> <tr><td>Cal no prot/gr prot</td><td> </td></tr> <tr><td>Proteínas totales (gr/kg)</td><td> </td></tr> <tr><td>Lípidos totales (gr/kg)</td><td> </td></tr> <tr><td>FISH OIL (gr/kg)</td><td> </td></tr> <tr><td>V. infusión lípidos (gr/kg/h)</td><td> </td></tr> <tr><td>Glucosa total (gr/kg)</td><td> </td></tr> <tr><td>V. infusión CHO (mg/Kg/min)</td><td> </td></tr> <tr><td>Ca:P</td><td> </td></tr> </table>		APORTE NUTRICIONAL		Calorías totales (cal/Kg/día)		Calorías proteicas (cal/Kg/día)		P (%)		Calorías CHO (cal/Kg/día)		CHO (%)		Calorías lípidos (cal/Kg/día)		Cal no prot/gr N		Cal no prot/gr prot		Proteínas totales (gr/kg)		Lípidos totales (gr/kg)		FISH OIL (gr/kg)		V. infusión lípidos (gr/kg/h)		Glucosa total (gr/kg)		V. infusión CHO (mg/Kg/min)		Ca:P	
Volumen Total NP (ml/Kg/día)																																							
APORTE NUTRICIONAL																																							
Calorías totales (cal/Kg/día)																																							
Calorías proteicas (cal/Kg/día)																																							
P (%)																																							
Calorías CHO (cal/Kg/día)																																							
CHO (%)																																							
Calorías lípidos (cal/Kg/día)																																							
Cal no prot/gr N																																							
Cal no prot/gr prot																																							
Proteínas totales (gr/kg)																																							
Lípidos totales (gr/kg)																																							
FISH OIL (gr/kg)																																							
V. infusión lípidos (gr/kg/h)																																							
Glucosa total (gr/kg)																																							
V. infusión CHO (mg/Kg/min)																																							
Ca:P																																							
<table border="1"> <tr><th>MACRONUTRIENTES</th><th>gr/Kg/día</th><th>Aporte en mL</th></tr> <tr><td>Aminoven infant 10%</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Smof Lipid 20%</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Glucosado 50% (mg/Kg/min)</td><td> </td><td> </td></tr> </table>		MACRONUTRIENTES	gr/Kg/día	Aporte en mL	Aminoven infant 10%			Smof Lipid 20%			Glucosado 50% (mg/Kg/min)			<table border="1"> <tr><th colspan="2">APORTES ELECTROLÍTICOS</th></tr> <tr><td>Cloruro (mEq/Kg)</td><td> </td></tr> <tr><td>Potasio (mEq/Kg)</td><td> </td></tr> <tr><td>Sodio (mEq/Kg)</td><td> </td></tr> <tr><td>Sodio (mEq/L)</td><td> </td></tr> <tr><td>Acetato (mEq/Kg)</td><td> </td></tr> <tr><td>Magnesio (mg/Kg)</td><td> </td></tr> </table>		APORTES ELECTROLÍTICOS		Cloruro (mEq/Kg)		Potasio (mEq/Kg)		Sodio (mEq/Kg)		Sodio (mEq/L)		Acetato (mEq/Kg)		Magnesio (mg/Kg)											
MACRONUTRIENTES	gr/Kg/día	Aporte en mL																																					
Aminoven infant 10%																																							
Smof Lipid 20%																																							
Glucosado 50% (mg/Kg/min)																																							
APORTES ELECTROLÍTICOS																																							
Cloruro (mEq/Kg)																																							
Potasio (mEq/Kg)																																							
Sodio (mEq/Kg)																																							
Sodio (mEq/L)																																							
Acetato (mEq/Kg)																																							
Magnesio (mg/Kg)																																							
<table border="1"> <tr><th>OTROS</th><th>gr/Kg/día</th><th>Aporte en mL</th></tr> <tr><td>Omegaven 10% (off label)</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Dipeptiven 20% (off label)</td><td> </td><td> </td></tr> </table>		OTROS	gr/Kg/día	Aporte en mL	Omegaven 10% (off label)			Dipeptiven 20% (off label)																															
OTROS	gr/Kg/día	Aporte en mL																																					
Omegaven 10% (off label)																																							
Dipeptiven 20% (off label)																																							
<table border="1"> <tr><th>ELECTROLITOS</th><th>mEq/Kg/día</th><th>Aporte en mL</th></tr> <tr><td>Sodio Cloruro 10%</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Potasio Cloruro 10%</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Acetato de Sodio 30%</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Calcio gluconato 10%</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Magnesio sulfato 25%</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Zinc sulfato 0,88%</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Glycophos (mmol/kg)</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Bifosfato de potasio 15% (mmol/kg)</td><td> </td><td> </td></tr> </table>		ELECTROLITOS	mEq/Kg/día	Aporte en mL	Sodio Cloruro 10%			Potasio Cloruro 10%			Acetato de Sodio 30%			Calcio gluconato 10%			Magnesio sulfato 25%			Zinc sulfato 0,88%			Glycophos (mmol/kg)			Bifosfato de potasio 15% (mmol/kg)													
ELECTROLITOS	mEq/Kg/día	Aporte en mL																																					
Sodio Cloruro 10%																																							
Potasio Cloruro 10%																																							
Acetato de Sodio 30%																																							
Calcio gluconato 10%																																							
Magnesio sulfato 25%																																							
Zinc sulfato 0,88%																																							
Glycophos (mmol/kg)																																							
Bifosfato de potasio 15% (mmol/kg)																																							



**SERVICIO SALUD AYSÉN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE**

MICRONUTRIENTES	mL/Kg/día	Aporte en mL
Vitalipid infantil		
Solvit (vit. hidrosolubles)		
Peditrace		
Tracelyte		
Addaven (off label)		

OTROS	Aporte en mL
Sin información	

OSMOLARIDAD	Calculado
OSMOLARIDAD (mOsm/L)	

ADMINISTRACIÓN VÍA CENTRAL	
% Volumen adicional/set infusión	
V. Total NP + adicional (mL)	
Tiempo administración (hora)	
Velocidad de infusión (mL/hora)	

APORTES ELECTROLÍTICOS

Zinc (mg/Kg) _____

Calcio (mg/Kg) _____

Fósforo (mg/Kg) _____

OTROS APORTES

Agua (mL) _____

NOMBRE MÉDICO :

FECHA INDICACIÓN :

RECETA VÁLIDA POR :

FECHA CADUCIDAD:

PERIODICIDAD:

OBSERVACIONES : Esta receta corresponde a receta de Nutrición Parenteral

Nombre: _____

Firma Ya _____

Plantado electrónicamente conforme a ley 19.799
Firma Electrónica Avanzada
Puede validar esta firma en: http://www.diccionario.cl/19799_240207

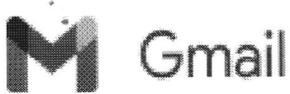
FIRMA



**SERVICIO SALUD AYSEN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE**

ANEXO N° 6: PROTOCOLO QUIMIOTERAPIA:

SERVICIO DE SALUD AYSEN		Alergias (indicar cual)	
HOSPITAL REGIONAL DE COYHAIQUE		Clase QMT	
		Prueba Emb: Fecha:	
PROTOCOLO QUIMIOTERAPIA			
CANCER DE : Código 025			
(Campos obligatorios a llenar)		Riesgo emético moderado	
NOMBRE			
RUT			
EDAD		PESO	
FECHA		TALLA	
CICLO			
1.	Suero fisiológico 100 cc/hora IV, volumen total 500 cc + Sulfato de Magnesio (5 cc al 25%) 1 ampolla.		
2.	Iniciar 30 minutos antes de Quimioterapia: · Dexametasona 8 mg IV. · Ondansetron 8 mg IV o VO (máximo 32 mg al día).		
3.	Quimioterapia		
	% drogas	100%	
	5 o 6		
	AUC	IV	
	dosis en mg		
250 cc	Suero glucosado al 5% a pasar en 30 minutos		
	Creatinina		
	Clearance calculado en la mujer		
5.	Otras indicaciones: · Dexametasona 8 mg cada día VO días 2 y 3. · Metoclopramida 1 comprimido VO cada 8 hrs en caso de náuseas.		
6.	Indicaciones Adicionales		
7.	Frecuencia de administración: cada 21 días.		
8.			
	Firma Médico	Firma Enfermera que revisa	Firma Químico Farmaceutico
UNIDAD DE ONCOLOGIA Y QUIMIOTERAPIA AMBULATORIA HOSPITAL REGIONAL DE COYHAIQUE			



Sandra Galvez <galvezsan@saludaysen.cl>

[ACREDITACIÓN] REUNIÓN PLENARIA CALIDAD / MIÉRCOLES 22.03.2023 / 11.00 HRS.

1 mensaje

Comunicaciones Hospital Regional Coyhaique <comunicacioneshco@saludaysen.cl>

15 de marzo de 2023,
8:09

Cco: galvezsan@saludaysen.cl

Estimados funcionarios,

Junto con saludar y a través del presente, se informa que a solicitud de la Dra. Paulina Arriagada, Jefa de Calidad, se realizará **Reunión de Jefes de Servicio, Enfermeras y Matronas supervisoras (PLENARIA DE CALIDAD) por modalidad Zoom**, el día **Miércoles 22 de Marzo, a las 11:00 Hrs.** Se encarece su asistencia y puntualidad.

Saluda muy atentamente.

ID. 96833232041

CLAVE: 765606

Lorena Bartsch Velasquez*Secretaria (S)**Subdirección Médica**Hospital Regional Coyhaique**Teléfono: (+56 2) 262012 | Anexo: 672012*