



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

San Martín de Porres, 19 de Julio de 2019

Visto, el Exp. N°13665-2019 con el Informe Técnico N°36-OGC-2019-HCH, el Oficio N°176-2019-DACQ-HCH y el proyecto del Formato de Registro de Procedimiento de Anestesiología; y,

CONSIDERANDO:

Que, con el Oficio N°176-2019-DACQ-HCH se remite el proyecto del Formato de Registro de Procedimiento de Anestesiología, del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico, para su evaluación y validación;

Que, mediante el Informe Técnico N°36-OGC-2019-HCH, de la Oficina de Gestión de la Calidad, indica que el formato cuenta con el contenido básico sustentado en la Norma Técnica de Salud NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica" aprobada con Resolución Ministerial N°214-2018-MINSA, recomienda aprobar el citado formato con Resolución Directoral;

Que, el numeral VI del Título Preliminar de la Ley General de Salud N°26842, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad, es irrenunciable la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública. El Estado interviene en la provisión del servicio de atención médica con arreglo a principios de equidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N°850-2016-MINSA del 28 de octubre del 2016, se aprueba las "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", la cual establece disposiciones relacionadas con los procesos de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los Documentos Normativos que expide el Ministerio de Salud;

Que, conforme a lo establecido en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, aprobado mediante Resolución Ministerial N°216-2007-SA/MINSA, son funciones del Hospital mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención a la salud, estableciendo normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar;



Estando a lo solicitado por el Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico, lo recomendado por la Oficina de Gestión de la Calidad y lo opinado por la Oficina de Asesoría Jurídica mediante el Informe N°659-2019-OAJ-HCH;

Con el visto del Jefe del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico y las Jefaturas de las Oficinas de Gestión de la Calidad y Asesoría Jurídica;

De conformidad con lo dispuesto en el TUO de la Ley del Procedimiento Administrativo General, Ley N°27444 y las facultades previstas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia aprobado por Resolución Ministerial N°216-2007/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR el "FORMATO DE REGISTRO DE PROCEDIMIENTO DE ANESTESIOLOGÍA" del Departamento Anestesiología y Centro Quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, que se adjunta y es parte de la presente resolución:

Artículo 2°.- ENCARGAR al Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico, la implementación, aplicación y el llenado correcto del formato aprobado.

Artículo 3°.- DISPONER que la Oficina de Comunicaciones efectúe la publicación y difusión de la presente Resolución Directoral en el portal de transparencia estándar del Hospital Cayetano Heredia.

Regístrese y comuníquese

 **MINISTERIO DE SALUD**
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
Dra. AIDA CECILIA PALACIOS RAMIREZ
DIRECTORA GENERAL
C.M.P. 23579 R.N.E. 9834

CERTIFICO:
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
en que remito para los fines pertinentes
23 JUL. 2019
Sr. Emiliano Elias Suarez Guispe
REDATARIO
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

ACRPR/BCIFDRG/pérg
DACC
OAJ
OGC
OCCM

FORMATO DE REGISTRO DE PROCEDIMIENTO DE ANESTESIOLOGIA

N° DE HISTORIA CLINICA : _____ CODIGO DE ATENCION : _____ SIS: () NO SIS: ()

FECHA : _____ HORA : _____ SERVICIO : _____ CAMA: _____

NOMBRE Y APELLIDOS : _____ EDAD: _____ SEXO : _____ ASA: _____

DIAGNOSTICO : _____

ANTECEDENTES MEDICO QUIRURGICOS : _____

PROCEDIMIENTO : _____

Incidentes y/o accidentes : SI _____ NO: _____

ANESTESIOLOGO DR (a) : _____ C.M.P.: _____ R.N.E.: _____

CONDICIONES DEL PACIENTE

VE: TET: TOF: EVM:

Estado de conciencia:

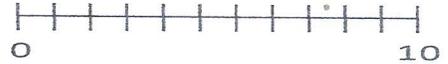
Despierto: Semidespierto: Dormido: Exitado Tranquilo:

Piel: Pálido Cianótico: Rosado: Vía periférica:

Drenaje: SNG D.KHER D.PR D.TORAX D.JP Sonda Foley

Colostomía: Hemo VAC

EVA



MONITOREO DE FUNCIONES VITALES

PA: _____ FC: _____ FR: _____ SPO2: _____ ETCO2: _____ FiO2: _____

PROCEDIMIENTO :

PA: _____ FC: _____ FR: _____ SPO2: _____ ETCO2: _____ FiO2: _____

FECHA: _____ HORA DE TERMINO : _____



Firma y Sello del Médico Anestesiólogo