

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL INFORME ESTADISTICO DE EGRESOS HOSPITALARIOS

Este formulario será llenado en todos los establecimientos de salud con Internación Hospitalaria, sean públicos o privados que funcionan en el país. El informe debe referirse a los pacientes que egresan de los servicios de hospitalización, sean con el Alta o Fallecidos, durante el mes correspondiente a la información. No se consideran egresos hospitalarios a los recién nacidos sanos; por lo tanto, no deben incluirse en este informe.

El formulario esta diseñado para diez egresos, en cada línea se hará constar cada uno de ellos, por ningún motivo constarán en el mismo más de diez pacientes. Los datos solicitados se llenarán con letra clara y legible y si es posible a máquina. Se deberá llenar de la siguiente manera:

Se completará el último dígito del año de la investigación, como también el mes que corresponde la información.

En el primer recuadro, anote el nombre del establecimiento, la ciudad o parroquia rural donde funciona el mismo. En los recuadros sombreados no anote ninguna información, son de uso exclusivo para las oficina del INEC.

Columna:

1) USO DEL INEC.- Que están previamente enumerados, sirve para determinar el orden de los registros en cada uno de los formularios.

2) No. INFORME.- En esta columna anote el número del informe estadístico correspondiente a cada egreso, empezando con el número 1 el primer ingreso que se produce al iniciar el año

en el mes de enero, siguiendo la numeración en orden ascendente, sin repetir ni omitir ninguno, hasta finalizar el año.

3) No. HISTORIA CLÍNICA.- Anote el número de la Historia Clínica que corresponde al paciente egresado.

4) NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE.- Anote el nombre y apellido del paciente egresado.

5) EDAD CUMPLIDA AL INGRESO.- Anote la edad del paciente en el momento que fue admitido en el establecimiento. Si es menor de 28 días, se indicará en días cumplidos en la

columna "hasta 28 días"; si es mayor de 28 días y menor de un año, anote la edad en meses en la columna de "Hasta 11 meses"; y, si es mayor de un año, se indicará la edad en años

cumplidos en la columna correspondiente.

6) SEXO.- Se anotará 1 si es Hombre o 2 si es Mujer.

7) LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL.- Escriba el nombre de la ciudad o parroquia rural correspondiente a la última residencia habitual del paciente, evitando en lo posible indicar nombres

de barrios, anejos, recintos, etc.

8) FECHA DE INGRESO.- Anote el día, mes y año en que el paciente fue admitido en el establecimiento.

9) FECHA DE EGRESO.-Anote el día y mes en que el paciente egresó del establecimiento, sea por alta o fallecimiento.

10) DIAS DE ESTADA.-Es el número de días que el paciente estuvo hospitalizado, ocupando una cama hospitalaria.

11) CONDICION AL EGRESO.-Marque con números (1) si es alta; (2) fallecidos menores de dos días; y, (3) fallecidos dos días y más, en la casilla correspondiente a la condición al egreso

Instructivo formularioegr_2011

del paciente, sea este alta o fallecido.

1.- Se considera como alta los siguientes casos: - Alta médica definitiva; -Traslado a otro Establecimiento Hospitalario; - Alta médica transitoria; - Otras causas como retiro voluntario, fuga, disciplina

2.- Fallecido menos de dos días.- Cuando el paciente hospitalizado fallece antes de dos días de internación.

3.- Fallecido 2 días y más.- Cuando el paciente fallece después de dos días o más de internación en el establecimiento.

12)

DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS Y SECUNDARIOS DEL EGRESO.- Corresponde al de la enfermedad más grave o de mayor importancia que se haya establecido, durante el período de Hospitalización. Cuando exista un solo diagnóstico definitivo, se anotará dicho estado patológico con la mayor claridad y especificidad posible. Ej. Parto complicado por placenta previa, miocarditis reumática activa, miocarditis reumática crónica. En los diagnósticos de accidentes se informará el sitio anatómico de la lesión Ej.: fractura de fémur, quemadura de la cara, con el grado o porcentaje afectado, etc.

En el caso de existir diagnósticos secundarios, anote los más graves o de mayor importancia a más del definitivo. Si en la Historia Clínica hubiera más de un diagnóstico definitivo, anote todos los diagnósticos definitivos correspondientes al paciente egresado.

En lo posible se evitará anotar síntomas, tales como: fiebre, dolor de cabeza, tos, etc. Estos datos se tomarán del formulario M.S.P. H.C.U. Form. 006 (Epicrisis).

13)

SERVICIO DEL QUE EGRESO.- (O tratamiento que recibió)- Indique el servicio del cual egresó el paciente, sea éste: Medicina General, Pediatría, Obstetricia (maternidad), Ginecología, Neumología, Psiquiatría, Traumatología, Infectología, Oftalmología, Otorrinolaringología, etc.

14)

USO DEL INEC (Código CIE-10).- Es para uso exclusivo del INEC para codificar la causa de atención hospitalaria, debe dejar en blanco.

NOTA:

Este formulario debe ser llenado por el Estadístico o persona responsable de la información y será enviada al INEC dentro de los cinco primeros días del mes siguiente al que corresponde la información.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS