
	CODIGO: HSC - API - 08	Versión: 03 Vigencia: 5 años Fecha Aprobación: Abril 2021 Fecha Término Vigencia: Abril 2026
	CARACTERISTICA : API 1.3	
	Protocolo Solicitud de Examen Imagenológico	

PROTOCOLO SOLICITUD DE EXAMEN IMAGENOLÓGICO

	NOMBRE	FECHA	FIRMA
Elaborado por:	Katherine Hidalgo Pino Tecnólogo Médico de Imagenología	Abril 2021	
Revisado por:	José Pérez Cornejo Jefe de Imagenología	Abril 2021	
	Sandra Fuenzalida Gaete Encargada Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente	Abril 2021	
Aprobado por:	Javier Villablanca Mundaca Director	Abril 2021	

Nota: Los documentos exhibidos en formato impreso o copia de ellos son documentos controlados.

	CODIGO: HSC - API - 08	Versión: 03
	CARACTERISTICA : API 1.3	Vigencia: 5 años
	Protocolo Solicitud de Examen Imagenológico	Fecha Aprobación: Abril 2021 Fecha Término Vigencia: Abril 2026

1. OBJETIVOS

Unificar criterios en relación a los requisitos que deben cumplir las solicitudes de exámenes imagenológicos.

2. ALCANCE

Todos los profesionales que solicitan exámenes imagenológicos a la Unidad de Imagenología del Hospital Santa Cruz.

3. RESPONSABLES

Médico: Es responsable de conocer y realizar las solicitudes según los requisitos establecidos en éste protocolo.

Enfermera/Matrona Servicio Clínico: Es responsable de conocer los requisitos establecidos para solicitar un examen imagenológico y velar por que ellos se cumplan.

Médico Jefe de Imagenología: Responsables de definir los requisitos y difundirlos a los servicios clínicos.


Tecnólogo Médico: Responsable de verificar el cumplimiento de los requisitos al momento que se solicita un examen.

4. DEFINICIONES

Solicitud Médica u Orden Médica: Registro legal establecido para la solicitud de examen de imagenología.

5.- DESARROLLO

- Toda solicitud de examen imagenológico debe efectuarse en el formulario único establecido para esos fines por la institución. Este formulario es el mismo para los exámenes de ultrasonido, radiológicos, y escáner, y debe especificarse cuál de estos es el requerido.
- En lo posible debe ser confeccionada con **letra legible**.
- Las solicitudes de exámenes llegarán a la Unidad de Imagenología enviadas desde servicios de hospitalización, policlínico o Dpto. de Emergencia, revisadas por **sus respectivas enfermeras**, chequeando que se encuentren correctamente llenadas según las solicitudes

	CODIGO: HSC - API - 08	Versión: 03
	CARACTERISTICA : API 1.3	Vigencia: 5 años
	Protocolo Solicitud de Examen Imagenológico	Fecha Aprobación: Abril 2021 Fecha Término Vigencia: Abril 2026

requeridas.

- Las solicitudes serán recibidas por la secretaria de imagenología, quien volverá a revisar los datos del paciente.

Las solicitudes de exámenes deben consignar los siguientes criterios mínimos de registro:


- Fecha de solicitud del examen.
- Nombre y apellidos del paciente.
- Número de cédula de identidad.
- Procedencia.
- Examen solicitado.
- Diagnóstico o síntomas principales (registrar en ítem Motivo de estudio).
- Nombre del médico solicitante.
- Firma del médico solicitante.

6. DISTRIBUCIÓN

- Unidad de Imagenología
- Dpto. Adulto Pediatría
- Urgencia Maternal
- Dpto. del Adulto
- UPC Adulto
- Dpto. de Calidad y Seguridad del Paciente.

7. REVISIÓN Y CONTROL DE CAMBIOS

Revisión	Fecha	Cambios
Versión 2	Abril	Se revisa contenido y se cambia solicitud de examen imagenológico contenido en anexo 1. Se reemplaza Diagnóstico y síntomas por Motivo de Estudio en solicitud de examen. Pauta de supervisión, se agrega columna “examen realizado”


	CODIGO: HSC - API - 08	Versión: 03 Vigencia: 5 años Fecha Aprobación: Abril 2021 Fecha Término Vigencia: Abril 2026
	CARACTERISTICA : API 1.3	
	Protocolo Solicitud de Examen Imagenológico	

8. INDICADOR:

INDICADOR	Porcentaje de solicitudes de examen de escáner que cumplen con criterios mínimos de registro según protocolo.
RESPONSABLE	Tecnólogo Médico de Unidad Imagenología.
OBJETIVO	Conocer el grado de cumplimiento de Protocolo Solicitud de Examen Imagenológicos en el área de Escáner.
FÓRMULA	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de solicitudes de escáner que cumplen con criterios mínimos de registro según protocolo}}{\text{N}^\circ \text{ total de solicitudes de escáner evaluadas}} \times 100$
UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	≥ 90%
PERIODICIDAD	Mensual.
CRITERIOS A EVALUAR	<p>La solicitud de examen debe contener los siguientes criterios mínimo de registro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de solicitud del examen. • Nombre y apellidos del paciente. • Número de cédula de identidad. • Procedencia. • Examen solicitado. • Diagnóstico o síntomas principales (Motivo de estudio). • Nombre del médico solicitante. • Firma del médico solicitante.

9. ANEXOS:

Anexo 1: Solicitud de Examen Imagenológico



SOLICITUD DE EXAMEN RADIOLOGICO

DD	MM	AAAA

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE **FECHA SOLICITUD**
RUT: _____ **D.A.U.:** _____ **FECHA NACIMIENTO** _____

NOMBRE: _____

Procedencia: _____ **Motivo Estudio:** _____

RADIOGRAFÍAS

cráneo

 Cráneo AP - L (1032)
 Silla Turca AP - L (1033)
 Otra _____
 CPN (1040)
 Huesos Propios Nasal (1040)
 ATM (1031)
 Maxilar (1031)
 Cavum Rinofaríngeo (1002)

TORAX

 Tórax F - L (1070)
 1 Proyección F L (1009)
 Parrilla Costal Izq Der (1032)
 Esternón (1060)

ABDOMEN

 Abdomen AP (1013)
 lateral de pie c/rayo horizontal (1014)
 Renal (1029)
 Vesical (1028)

MAMA

 Mamografía Bilateral (1010)
 Mamografía Unilateral (1110)
 Compresión (1030)
 Magnificación (1012)
 Otra (1012)
 Marcación Preparatoria (1012)

COLUMNA

 Columna Cervical F - L (1042)
 Atlas - Axis (1042)
 Oblicuas Dinámicas (1044)
 Columna Dorsal (1043)
 Dorsolumbar AP - L (1043)
 Lumbar / Lumbosacra AP - L (1046)
 Funcionales oblicuas (1048)
 3º Espacio (1046)
 Sacrococix (1033)
 Artic. Sacroilíacas (1033)

PELVIS

 Pelvis Adulto AP (1051)
 de pie inlet outlet (1052)
 lowenstein alar obturatriz (1052)
 Falso perfil (1052)
 Cadera O Coxofemoral AP (1051)
 izq der axial (1051)
 pelvis <6 años cadera coxofemoral (1051)

Extremidad superior

 Clavícula Izq Der (1055)
 Hombro AP Izq Der (1060)
 Outlet Axial Striker (1062)
 Otra _____
 Húmero Izq Der (1034)
 Antebrazo Izq Der (1034)
 Codo Izq Der Oblicua (1039)
 Muñeca Izq Der Oblicua (1034)
 Mano Izq Der Oblicua (1034)
 Dedo 1 2 3 4 5
 Escafoides (1058)
 Túnel Carpo (1063)
 Edad Ósea (1056)

Extremidad inferior

 Fémur AP-L Izq Der (1034)
 Rodilla AP-L Izq Der (1060)
 Oblicuo (1060)
 Con carga (1060)
 T Intercondileo (1063)
 Axial Rotula 20º (1062)
 Rosemberg (1062)
 Pierna Izq Der (1060)
 Tobillo Izq Der (1060)
 oblicua mortaje (1039)
 Pie AP-oblicuo Izq Der (1034)
 Lateral Con Carga (1034)
 Ortejo Izq Der (1034)
 1 2 3 4 5

TC (SCANNER)

Contraste: SI NO

 Cerebro (3001)
 Silla Turca E Hipófisis (3002)
 Angulo Pontocerebeloso (3003)
 Temporal Oído (3006)
 Orbitas (3007)
 Cavidades Perinasales (3007)
 Macizo Facial (3007)
 Boca abierta Boca cerrada
 Columna (3008)
 Cervical (3008)
 Dorsal (3009)
 Lumbar (3010)
 Sacro - Cóccix (3016)
 Cuello (3012)
 Tórax AR Óseo (3013)
 Abdomen (3014)
 Pelvis (3018)
 Pielo TC (Abd-Pel S/Cte.) (3014)
 Uro TC (3014)
 Hombro Izq Der (3017)
 Brazo Izq Der (3017)
 Codo Izq Der (3017)
 Antebrazo Izq Der (3017)
 Muñeca Izq Der (3017)
 Mano Izq Der (3017)
 Cadera Izq Der (3017)
 Fémur Izq Der (3017)
 Rodilla Izq Der (3017)
 Pierna Izq Der (3017)
 Tobillo Izq Der (3017)
 Pie Izq Der (3017)

ECOTOMOGRAFÍAS

 Abdominal (4003)
 Renal (4010)
 Pelviana Masculina (4009)
 Pelviana Femenina (4006)
 Tiroides (4013)
 Mamaría (4012)
 Testicular (4014)

ANGIOTC


 Cerebro (3101)
 Vasos Cervicales (3101)
 Tórax (TEP) (3103)
 Aorta (Tórax + Abdomen) (3102)
 Aorta total (3102)
 Abdomen (Arterias Renales) (3103)
 Abdomen - Pelvis (3103)
 Extremidades Superiores (3103)
 Extremidades Inferiores (3017)

PARTES BLANDAS

 Ecografía Pared Abdominal
 Ecografía Inguinal
 Ecografía Superficial

DOPPLER

 Extremidad inferior izq der
 Arterial
 Venoso

	CODIGO: HSC - API - 08	Versión: 03
	CARACTERISTICA : API 1.3	Vigencia: 5 años
	Protocolo Solicitud de Examen Imagenológico	Fecha Aprobación: Abril 2021 Fecha Término Vigencia: Abril 2026

Anexo 2: Pauta de supervisión



**PAUTA DE SUPERVISIÓN DE CUMPLIMIENTO DE SOLICITUDES DE EXAMEN DE ESCANNER
API 1.3**

Versión: 3
Fecha vigencia: 2021-2026

Supervisor: _____

N°	FECHA	PACIENTE	RUT	Ex realizado	Fecha de solicitud del examen		Nombre y apellidos del paciente		Número de cédula de identidad		Procedencia		Examen solicitado		Diagnóstico o síntomas principales		Nombre del médico solicitante		Firma del médico solicitante		Cumple	
					SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						