





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA
CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO**

DICIEMBRE 2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030



ÍNDICE	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
I. OBJETIVO DEL MANUAL	2
II. MARCO JURÍDICO	3
III. PROCEDIMIENTOS	21
1. ATENCIÓN A PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA DE PRECONSULTA, PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTE.	21
2. ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN LA UNIDAD DE TRASTORNOS NEUROMUSCULARES Y DE LA CAJA TORÁCICA.	64
3. ESTUDIO DE SUEÑO.	82
4. PRÉSTAMO DE EQUIPO A DOMICILIO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES SUBSECUENTES CON USO DE DISPOSITIVO DE PARA REGISTRO NOCTURNO DE PRESIÓN POSITIVA CONTINUA (CLÍNICA DE PRESIÓN POSITIVA Y DIAGNÓSTICO AMBULATORIO).	118
5. PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CON FINANCIAMIENTO EXTERNO E INTERNO.	150
6. REPORTE DE LA PRODUCTIVIDAD CIENTÍFICA.	166
IV. APROBACIÓN DEL MANUAL.	172

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
			Hoja 1 de 172

INTRODUCCIÓN



El presente documento integra el objetivo del manual, marco jurídico e información clara y precisa sobre los procedimientos, flujogramas y formatos a utilizar en el desempeño del personal que labora en el Servicio sirviendo como guía para la estandarización de los procesos.

La integración de este manual ha sido realizada por la Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño, sancionado por el Departamento de Planeación y autorizado por la Dirección Médica.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
			Hoja 2 de 172

OBJETIVO

Establecer las políticas, normas y desarrollo de las actividades que se llevan a cabo en la Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño, con la finalidad de ofrecer una guía en el ejercicio de las funciones del personal que integra el área.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
			Hoja 3 de 172

I. MARCO JURÍDICO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

D.O.F. 05-II-1917

Ref. 15-VIII-2016

Leyes

Ley Reglamentaria del Artículo 5o. Constitucional, Relativo al Ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal

D.O.F. 26-V-1945

Ref. 19-VIII-2010

Ley Federal del Trabajo

D.O.F. 01-IV-1970

Ref. 12-VI-2015

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal

D.O.F. 29-XII-1976

Ref. 18-VII-2016

Ley General de Salud



D.O.F. 07-II-1984

Ref. 28-11-2016

Ley Federal de las Entidades Paraestatales

D.O.F. 14-V-1986

Ref. 18-XII-2015

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
			Hoja 4 de 172

Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos

D.O.F. 29-VI-1992

Ref. 02-IV-2014

Ley General de Educación

D.O.F. 13-VII-1993

Ref. 01-VI-2016

Ley Federal de Procedimiento Administrativo

D.O.F. 04-VIII-1994

Ref. 09-IV-2012

Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público

D.O.F. 04-I-2000

Ref. 10-XI-2014

Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas

D.O.F. 04-I-2000

Ref. 13-I-2016

Ley General de Protección Civil

D.O.F. 12-V-2000

Ref. 03-VI-2014

Ley de los Institutos Nacionales de Salud



D.O.F. 26-V-2000

Ref. 27-1-2015

Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos

D.O.F. 13-III-2002

Ref. 18-VII-2016

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
			Hoja 5 de 172

Decreto por el que se expide la Ley General del Sistema Nacional Anticorrupción; la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y la Ley del tribunal Federal de Justicia Administrativa
D.O.F. 18-07-2016

Ley de Ciencia y Tecnología

D.O.F. 05-VI-2002

Ref. 08-XII-2015

Ley Federal para la Protección a Personas que Intervienen en el Procedimiento Penal

D.O.F. 08-VI-2012

Ref. 17-VI-2016

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública

D.O.F. 09-V-2016

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación

D.O.F. 11-VI-2003

Ref. 01-XII-2016

Ley General de Bienes Nacionales

D.O.F. 20-V-2004

Ref. 01-VI-2016

Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado

D.O.F. 31-XII-2004

Ref.12-VI-2009

Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres



D.O.F. 02-VIII-2006

Ref. 24-III-2016

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia

D.O.F. 01-II-2007

Ref. 17-XII-2015

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
			Hoja 6 de 172

Ley General para el Control del Tabaco

D.O.F. 30-V-2008

Ref. 06-I-2010

Ley General para la inclusión de las personas con discapacidad

D.O.F. 30-V-2011

Ref. 17-XII-2015

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores

D.O.F. 25-VI-2002

Ref. 22-11-2016

Ley Federal de Archivos

D.O.F. 23-I-2012

Ley General de Protección Civil

D.O.F. 06-06-2012

Ref. 03-06-2014

Ley de Asistencia Social

D.O.F. 02-IX-2004

Ref. 19-XII-2014



Ley General de Víctimas

D.O.F. 09-I-2013

Ref. 03-V-2013

Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública

D.O.F. 04-V-2015

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
			Hoja 7 de 172

Códigos

Código Civil Federal

D.O.F. 26-V-1928

Ref. 24-XII-2013

Código Federal de Procedimientos Civiles

D.O.F. 24-II-1943

Ref. 09-IV-2012

Reglamentos

Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales

D.O.F. 26-I-1990

Ref. 23-XI-2010

Reglamento de la Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos

D.O.F. 30-XI-2006

Ref. 31-X- 2014

Reglamento de la Ley Aduanera

D.O.F. 20-IV-2015

Reglamento de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia



D.O.F. 11-III-2008

Ref. 14-III-2014

Reglamento del Sistema Nacional de Investigadores

D.O.F. 21-III-2008

Ref. 14-XI-2014

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
			Hoja 8 de 172

Reglamento de la Ley General para el Control de Tabaco

D.O.F. 31-V-2009

Ref. 09-X-2012

Reglamento Interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica

D.O.F. 19-V-2009

Ref. 24-III-2014

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes

D.O.F: 26-03-2014

Reglamento de la Ley General para Prevenir, Sancionar y Erradicar los Delitos en Materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas de estos Delitos

D.O.F. 23-IX-2013

Reglamento de la Ley General de Protección Civil

D.O.F. 13-V-2014

Ref. 09-XII-2015

Reglamento de la Ley General para Prevenir, Sancionar y Erradicar los Delitos en Materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas de estos Delitos.

D.O.F. 23-IX-2013

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud



D.O.F. 05-04-2004

Ref. 17-XII-2014

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos

D.O.F. 09-07-1985

Ref. 26-III-2014

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
			Hoja 9 de 172

Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco

D.O.F. 31-05-2009

Ref. 09-X-2012

Reglamento de la Ley General de Víctimas

D.O.F. 28-XI-2014

Reglamento de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad

D.O.F. 30-XI-2012

Decretos

Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico

D.O.F. 03-VI-1996

Decreto por el que se establecen los criterios para el otorgamiento de condecoración y premios en materia de salud pública

D.O.F. 12-III-1997

Ref. 20-VII-2016

Decreto por el que se establece el Sistema de Cartillas Nacionales de Salud

D.O.F. 24-XII-2002

Fe de Erratas 28-II-2003



Decreto para realizar la entrega-recepción del informe de los asuntos a cargo de los servidores públicos y de los recursos que tengan asignados al momento de separarse de su empleo, cargo o comisión

D.O.F. 14-IX-2005

Ref. 20-XI-2015

Decreto por el que se establecen diversas medidas en materia de adquisiciones, uso de papel y de la certificación de manejo sustentable de bosques por la Administración Pública Federal

D.O.F. 05-IX-2007

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
			Hoja 10 de 172

Acuerdos

Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional para la formación de Recursos Humanos para la Salud

D.O.F. 19-X-1983

Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud

D.O.F. 19-X-1983

Acuerdo que crea la Comisión Permanente de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos

D.O.F. 26-IX-1984

Ref. 22-VIII-2007

Acuerdo por el que se crea el Comité de Investigación en Salud

D.O.F. 11-I-1985

Acuerdo Número 55 por el que se integran los patronatos en las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud y se promueve su creación en los Institutos de Salud

D.O.F. 17-III-1986

Acuerdo por el que se establecen los lineamientos para la accesibilidad de las personas con discapacidad a inmuebles federales

D.O.F. 12-I-2004



Acuerdo por el que se establecen las actividades de preparación y respuesta ante una pandemia de influenza

D.O.F. 19-VII-2006.

Ref. 30-IV-2009

Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica

D.O.F. 13-VI-2008

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
			Hoja 11 de 172

Acuerdo que tiene por objeto fijar los medios y la forma con los que la Secretaría de Gobernación solicitará y, en su caso, recibirá de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal información, datos y cooperación técnica que requiera para el funcionamiento del sistema de compilación de las disposiciones jurídicas aplicables al Poder Ejecutivo Federal para su difusión a través de la red electrónica de datos

D.O.F. 14-XII-2006

Acuerdo por el que se establece la obligatoriedad para desarrollar una estrategia Operativa Multisectorial del Plan Nacional de Preparación y Respuesta a una Pandemia de Influenza

D.O.F. 03-VIII-2007

Acuerdo por el que se relacionan las especialidades farmacéuticas susceptibles de incorporarse al Catálogo de Medicamentos Genéricos

D.O.F. 21-II-2008

Ref. 17-I-2011

Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica

D.O.F. 13-VI-2008

Acuerdo por el que se modifican las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad

D.O.F. 06-VIII-2008



Ref. 29-XII-2015

Acuerdo que establece los lineamientos que deberán observarse en los establecimientos públicos que presten servicios de atención médica para regular su relación con los fabricantes y distribuidores de medicamentos y otros insumos para la salud, derivada de la promoción de productos o la realización de actividades académicas, de investigación o científicas

D.O.F. 12-VIII-2008

Acuerdo por el que se emiten Reglas de Operación del Programa Seguro Médico Siglo XXI, para el ejercicio 2016

D.O.F. 28-XII-2015

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
			Hoja 12 de 172

Acuerdo por el que se establece la integración y objetivos del Consejo Nacional de Salud

D.O.F. 27-I-2009

Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer los formatos de certificados de defunción y de muerte fetal

D.O.F. 30-I-2009

Acuerdo mediante el cual se establecen los lineamientos para la asignación y distribución de órganos y tejidos de cadáveres de seres humanos para trasplante

D.O.F. 23-IV-2009

Acuerdo mediante el cual se instruye a todas las instituciones del sistema nacional de salud a sus niveles público, social y privado de atención médica a que cuando reciban casos probables de influenza de acuerdo con la definición de caso establecida por esta secretaría de salud, se notifique de manera inmediata a esta dependencia

D.O.F. 02-V-2009

Acuerdo por el que se ratifica el diverso por el que se establecen las actividades de preparación y respuesta ante la pandemia de influenza, en los términos que se indican



D.O.F. 30-IV-2009

Acuerdo por el que se declara a la influenza humana AH1N1 enfermedad grave de atención prioritaria

D.O.F. 02-V-2009

Acuerdo por el que se establece que la plataforma electrónica del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica será la única para concentrar toda la información sobre la evolución de la epidemia de influenza humana AH1N1

D.O.F. 02-V-2009

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
			Hoja 13 de 172

Normas Oficiales Mexicanas

Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013, Para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud

D.O.F. 13-XI-2013

Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-2002 que establece los requisitos para la separación, envasado. Almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos que se generen en establecimientos que presten atención médica

D.O.F. 1-XI-2011

Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud

D.O.F. 30-II-2012

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012, para la atención integral a personas con discapacidad

D.O.F. 14-IX-12

Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013 Que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud



D.O.F. 12-IX-2013

Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999 para la atención a la salud del niño

D.O.F. 09-II-2001

Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA3-2010 asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad

D.O.F. 25-II-2011

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
			Hoja 14 de 172

Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013 regulación de los servicios de salud que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica

D.O.F. 04-IX-2013

Norma Oficial Mexicana NOM-019-STPS-2011, Constitución, integración, organización y funcionamiento de las comisiones de seguridad e higiene

D.O.F. 13-IV-2011

Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003, que establece la utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado

D.O.F. 06-I-2005

Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, En materia de información en salud

D.O.F. 28-IX-2005

Norma Oficial Mexicana NOM-052-SEMARNAT-2005, establece las características, el procedimiento de identificación, clasificación y los listados de los residuos peligrosos

D.O.F. 23-VI-2006

Norma Oficial Mexicana NOM-028-NUCL-2009, Manejo de desechos radiactivos en instalaciones radiactivas que utilizan fuentes abiertas



D.O.F. 04-VIII-2009

Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo-Funciones y actividades

D.O.F. 22-XII-2009

Norma Oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM-003-SSA2-2008, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades transmitidas por vector

D.O.F. 02-IV-2009

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
			Hoja 15 de 172

Procedimiento alternativo autorizado por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social para la Norma Oficial Mexicana NOM-002-STPS-2010, Condiciones de Seguridad-Prevención, Protección contra Incendios en los Centros de Trabajo

D.O.F. 09-XII-2010

Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención

D.O.F. 16-IV-2009

Ref. 24-III-2016

Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud

D.O.F. 30-XI-2012

Norma Oficial Mexicana NOM-031-STPS-2011, Construcción-Condiciones de seguridad y salud en el trabajo.

D.O.F. 04-V-2011

Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA2-2012, Para la prevención y control de la brucelosis en el ser humano

D.O.F. 11-VII-2012

Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias



D.O.F. 13-VII-2012

Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria

D.O.F. 07-VIII-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012, Para la atención integral a personas con discapacidad

D.O.F. 14-IX-2012

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
			Hoja 16 de 172

Norma Oficial de emergencia NOM-EM-001-SSA1-2012, medicamentos biotecnológicos y sus biofármacos. Buenas prácticas de fabricación. Características técnicas y científicas que deben cumplir estos, para demostrar su seguridad, eficacia y calidad. Etiquetado. Requisitos para realizar los estudios de biocomparabilidad y farmacovigilancia

D.O.F. 20-IX-2012

Ref. 22-X-2013

Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos

D.O.F. 26-X-2012

Ref. 18-IX-2015

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos

D.O.F. 27-III-2012

Norma Oficial Mexicana NOM-241-SSA1-2012, Buenas prácticas de fabricación para establecimientos dedicados a la fabricación de dispositivos médicos

D.O.F. 11-X-2012

Ref. 27-1-2016

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico

D.O.F. 15-X-2012



Norma Oficial Mexicana NOM-131-SSA1-2012, Productos y servicios. Fórmulas para lactantes, de continuación y para necesidades especiales de nutrición. Alimentos y bebidas no alcohólicas para lactantes y niños de corta edad. Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales. Etiquetado y métodos de prueba. (Continúa en la Quinta Sección)

D.O.F. 10-IX-2012

Ref. 28-IV-2014

Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, para la vigilancia epidemiológica

D.O.F. 19-II-2013

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
			Hoja 17 de 172

Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales

D.O.F. 28-IV- 2015

Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos

D.O.F. 04-I-2013

Norma Oficial Mexicana NOM-028-STPS-2012, Sistema para la administración del trabajo- Seguridad en los procesos y equipos críticos que manejen sustancias químicas peligrosas

D.O.F. 06-IX-2012

Ref. 10-IX-2014

Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad

D.O.F. 29-VI-2012

Ref. 13-IX-2012

Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA3-2012, Regulación de servicios de salud. Para la práctica de la acupuntura humana y métodos relacionados

D.O.F. 18-IX-2012

Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos



D.O.F. 18-IX-2012

Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada

D.O.F. 08-I-2013

Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud

D.O.F. 17-IX-2013

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
			Hoja 18 de 172

Norma Oficial Mexicana NOM-177-SSA1-2013, Que establece las pruebas y procedimientos para demostrar que un medicamento es intercambiable. Requisitos a que deben sujetarse los Terceros Autorizados que realicen las pruebas de intercambiabilidad. Requisitos para realizar los estudios de biocomparabilidad. Requisitos a que deben Sujetarse los Terceros Autorizados, Centros de Investigación o Instituciones Hospitalarias que realicen las pruebas de biocomparabilidad
D.O.F. 20-IX-2013

Norma Oficial Mexicana NOM-27-SSA3-2013, Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias del establecimiento para la atención médica
D.O.F. 04-IX-13

Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud
D.O.F. 02-IX-13



Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud
D.O.F. 12-IX-13

Norma Oficial Mexicana NOM-059-SSA1-2015, buenas prácticas de fabricación de medicamentos
D.O.F. 05-II-16

Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos
D.O.F. 17-IX-13

Planes y Programas

Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018
D.O.F. 20-V-2013

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
			Hoja 19 de 172

Programa para un gobierno cercano y moderno 2013-2018

D.O.F. 30-VIII-2013

Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria

D.O.F. 30-VIII-2013

Ref. 23-IX-2014

Lineamientos

Lineamientos para las adquisiciones de papel para uso de oficina por parte de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal

D.O.F. 02-X-2009

Lineamientos que tienen por objeto regular el Sistema de Cuenta Única de Tesorería, así como establecer las excepciones procedentes

D.O.F. 24-XII-2009

Lineamientos de eficiencia energética para la Administración Pública Federal

D.O.F. 27-I-2015



Lineamientos para la entrega de información, por parte de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, sobre los usuarios con un patrón de alto consumo de energía

D.O.F. 20-I-2011

Ref. 31-I-2015

Lineamientos para regular el funcionamiento del Registro Público de Organismos Descentralizados.

D.O.F. 23-XII-2011.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
			Hoja 20 de 172

Lineamientos generales para el acceso a información gubernamental en la modalidad de consulta directa

D.O.F. 28-II-2012



Lineamientos para la aplicación y seguimiento de las medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos, y las acciones de disciplina presupuestaria en el ejercicio del gasto público, así como para la modernización de la administración pública federal

D.O.F. 30-I-2013




Acuerdo Administrativo de Aplicación General en materia de Recursos Humanos y Organización y los del Manual del Servicio Profesional de Carrera, establecidos por Acuerdos publicados el 12 de julio de 2010 y el 29 de agosto de 2011

D.O.F. 06-IX-2012

NOTA: el presente marco normativo incorpora disposiciones vigentes al momento de su elaboración, con independencia de la expedición y/o modificación de disposiciones realizadas de manera posterior, particularmente de aquellas cuya vigencia queda sujeta al ejercicio fiscal en curso.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez y subsecuentes.		Hoja 21 de 172

1. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE PRECONSULTA, PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTES

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez y subsecuentes.		Hoja 22 de 172

1.0 PROPÓSITO




- 1.1 Establecer reglas y preceptos que encaucen al personal que participa en esta actividad a prestar servicio a los pacientes con oportunidad, cortesía y calidad, al mismo tiempo que dirijan a un diagnóstico y tratamiento orientado al restablecimiento de la salud de los pacientes que solicitan la atención de este Servicio.

2.0 ALCANCE




- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño (CTRS).
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a todo el personal multidisciplinario que interviene en el procedimiento.

3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS




- 3.1 El personal adscrito a la Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño es el responsable de cumplir este procedimiento y mantenerlo actualizado.
- 3.2 Todo el personal adscrito al área debe mantener una conducta ética y de trato profesional para con los pacientes y con todo el personal del Instituto en cumplimiento al Código de Ética Institucional.
- 3.3 Todo el personal deberá portar sin excusa, la credencial institucional para su fácil identificación dentro de las instalaciones del Instituto, asimismo el personal ambulatorio, rotante, de servicio social y/o que esté realizando prácticas profesionales deberá portar la identificación correspondiente en todo momento.
- 3.4 El personal de la Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño, está comprometido a actualizar sus conocimientos para desarrollar con calidad, eficacia y eficiencia sus funciones, conforme a sus habilidades, destrezas y experiencia.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez y subsecuentes.		Hoja 23 de 172




- 3.5 Para otorgar las consultas, es necesario realizar la solicitud de expedientes clínicos en el área de Registros Médicos, 72 horas antes de la consulta y la carpeta del paciente una semana antes.
- 3.6 Para cita de preconsulta a la Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño, el paciente debe realizar la solicitud directamente en el Módulo de Preconsulta del Instituto.
- 3.7 Para la cita de primera vez los pacientes podrán ser referidos por el Servicio de Consulta Externa de neumología, otorrinolaringología o neumología pediátrica, por interconsulta de otro servicio del Instituto o por referencia directa.
- 3.8 La recepción de la Clínica recibe únicamente, solicitudes debidamente requisitadas, con datos completos del paciente y firmas de solicitud y autorización.
- 3.9 En el caso de solicitudes de interconsulta a pacientes de otras instituciones de salud, la Clínica informará a la unidad solicitante, que es necesario que el paciente se encuentre en condiciones estables para la realización del estudio, de preferencia se indica que el paciente solicite la preconsulta para valorar la necesidad de atención en la misma.
- 3.10 Las citas para preconsulta en la Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño se darán de manera presencial en el Módulo de Preconsulta, al programar la cita el personal administrativo del módulo entregará al paciente el cuestionario de hábitos de sueño y le indicará que es necesario sea llenado y entregado el día de su consulta. En caso de pacientes foráneos podrán ser programadas solicitando se presenten 1 hora antes de la cita para el llenado del Cuestionario de hábitos de sueño.
- 3.11 Los pacientes que acudan canalizados de instituciones públicas o privadas de salud, deben ser referidos con oficio o receta en donde se indique el diagnóstico, por lo cual deben dirigirse al Módulo de Preconsulta en donde se les expedirá una orden de pago, con el número de historia y se les entregará el Cuestionario de hábitos de sueño.
- 3.12 La preconsulta se programará de lunes a jueves en los horarios: 08:00 horas, 08:20 y 08:40 horas.
- 3.13 La Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño atenderá a pacientes a partir de 1 año de edad.
- 3.14 En caso de que el paciente de preconsulta lo requiera, el médico solicitará la cita de primera vez a psiquiatría especializada en trastornos del sueño, la cual se programará de acuerdo a la agenda del personal interconsultante.
- 3.15 Para recibir la consulta deberá presentar comprobante de pago, carnet de citas u hoja de preconsulta y el cuestionario de hábitos de sueño debidamente contestado, ya que es requisito indispensable para la atención en la Clínica.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez y subsecuentes.		Hoja 24 de 172




- 3.16 Para los pacientes que participen en un protocolo de investigación se debe registrar el número de protocolo otorgado por el Comité de Ética en Investigación y en Comité de Investigación, por lo que no deberán realizar ningún pago, a menos que la Clínica así lo refiera o que el paciente ya no sea participante del protocolo.
- 3.17 Para la realización de la consulta en menores de edad y enfermos con capacidades diferentes se requiere que sean acompañados en todo momento por un adulto (padre, madre, tutor o cuidador responsable) responsable del paciente.
- 3.18 Los pacientes de preconsulta deben presentarse 30 minutos antes de la hora de su cita para registrarse en el Módulo de Preconsulta, a excepción de los foráneos que deben llegar una hora antes. En el caso de pacientes de primera vez o subsecuentes deben presentarse en la recepción de la Clínica 10 minutos antes con el pago previamente realizado.
- 3.19 Los estudios que realiza la Clínica solo pueden ser indicados por los médicos adscritos a la misma.
- 3.20 El personal médico adscrito a la Clínica debe dar información clara y precisa al paciente sobre su padecimiento, estudio y tratamiento.
- 3.21 En el desarrollo de la cita de preconsulta o de primera vez, el médico requisitará el formato Escala de Morse, misma que será verificada por el personal técnico antes de llevar a cabo el estudio de sueño.
- 3.22 Una vez realizada la consulta, el médico indicará al paciente si es candidato o no para la realización del estudio de sueño. En caso de que el estudio sea necesario, se programará de acuerdo a la Agenda de programación de estudios de la Clínica.
- 3.23 En caso de que el paciente requiera estudio de sueño inmediato, el médico lo canalizará a la Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio para realizar los trámites de préstamo del equipo de poligrafía respiratoria a domicilio (Apnea link o APAP). Ver Procedimiento 4 préstamo de equipo a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de registro nocturno de presión positiva continua (Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio).
- 3.24 Para los pacientes que presenten Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS) sin ninguna otra comorbilidad y que requieran ser tratados en forma inmediata, le será indicada la Poligrafía respiratoria a domicilio; para lo cual el médico tratante deberá requisitar dos solicitudes de estudio (CS06 Poligrafía a domicilio y CS03 Prueba terapéutica con autocpap) y los canalizará a la Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio para su programación.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez y subsecuentes.		Hoja 25 de 172

- 3.25 El personal de la recepción de la Clínica es el responsable de integrar las carpetas para los estudios de sueño, previa confirmación del mismo, con los siguientes documentos:
- 3.25.1 Recibo de pago,
 - 3.25.2 Programación de estudios,
 - 3.25.3 Consentimiento informado,
 - 3.25.4 Nota de preconsulta o Nota médica según sea el caso,
 - 3.25.5 Cuestionario de hábitos de sueño (niños o adultos),
 - 3.25.6 Hoja de referencia y
 - 3.25.7 Documentos de la Oficina de Convenios, cuando así aplique.
- 3.26 Una vez integradas las carpetas el personal de recepción de la Clínica las entregará a la Coordinadora del Laboratorio del Sueño y la lista de pacientes que se presentarán al estudio, con 72 horas de anticipación.
- 3.27 La hoja de programación del registro de estudios debe ser actualizada por el personal de la recepción con los estudios a realizar y el registro de pacientes que se presentarán por día, debiendo colocarla en el pizarrón que se encuentra a la entrada del Laboratorio de sueño.
- 3.28 El personal de la Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño, debe participar de las actividades de enseñanza y entrenamiento del personal médico y técnico rotante por el servicio.
- 3.29 Las Consultas de primera vez y subsecuentes para el Departamento de Otorrinolaringología se otorgarán los días viernes con un máximo de 10 pacientes pediátricos y 3 adultos.
- 3.29.1 Criterios de exclusión para pacientes referidos de Otorrinolaringología:
 - 3.29.1.1 Edad mayor de 65 años.
 - 3.29.1.2 Contraindicación quirúrgica.
 - 3.29.1.3 Presencia de comorbilidades significativas.
 - 3.29.1.4 IMC \geq 40 kg/m².
 - 3.29.1.5 Coexistencia de otro trastorno respiratorio del dormir (Hipoventilación, etc.).
- 3.30 Para las citas de primera vez la Clínica recibirá a pacientes de consulta externa de las especialidades troncales que soliciten interconsulta y a los pacientes de primera vez atendidos en preconsulta de la Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño para la revisión de resultados del estudio del sueño.




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez y subsecuentes.		Hoja 26 de 172

- 3.31 Si después de la consulta de primera vez para los pacientes de la Clínica, el médico considera que no es necesario realizar otro estudio o continuar con la atención por parte de la Clínica el paciente podrá ser dado de alta de la misma y continuar con su atención en la especialidad de origen.
- 3.32 En caso de ser paciente externos, si después de la consulta de primera vez o subsecuente el médico determina que no es necesario continuar con su atención, este lo dará de alta de la Clínica entregando el reporte del estudio para que continúe su atención en su institución de referencia.
- 3.33 Los médicos deben entregar al personal de la recepción de la clínica el formato *Registro de consultas subsecuentes* INER-CS-10 de los pacientes que atienden en consulta, para que este sea entregado al Departamento de Bioestadística, Admisión Hospitalaria y Registros Médicos.
- 3.34 Si después de la consulta subsecuente, el médico considera que no es necesario realizar otro estudio o continuar con la atención por parte de la Clínica el paciente podrá ser dado de alta de la misma y continuar con su atención en la especialidad de origen.
- 3.35 Para los pacientes de protocolo, estos participarán cubriendo las características y requisitos que el responsable del mismo describan, programando el estudio del sueño y consultas de acuerdo a la vigencia y requerimientos del mismo.




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez y subsecuentes.		Hoja 27 de 172

4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO




Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Preconsulta			
Módulo de Preconsulta	1	Recibe del paciente la hoja de referencia de acuerdo a su procedencia.	
	2	Programa en el Sistema de Administración Hospitalaria, el día y la hora de la cita para la preconsulta.	
	3	Entrega al paciente hoja de registro que contiene el número identificador y el cuestionario de hábitos de Sueño INER-CS-02 o INER-CS-03 según sea el caso, e indica los trámites para el pago el día de su cita.	Cuestionario de primera vez para adultos INER-CS-02 Cuestionario de primera vez para niños INER-CS-03
Paciente	4	Acude a su consulta el día y hora señalados, con la documentación indicada.	
Recepción de Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	5	Recibe al paciente con la hoja de referencia, cuestionario de hábitos de sueño (INER-CS-02 o INER-CS-03) lleno y el recibo de pago, con número de historia.	Cuestionario de primera vez para adultos INER-CS-02 Cuestionario de primera vez para niños INER-CS-03
Médico	6	Recibe del personal de recepción el cuestionario y hoja de referencia del paciente.	Cuestionario de primera vez para adultos INER-CS-02 Cuestionario de primera vez para niños INER-CS-03

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez y subsecuentes.		Hoja 28 de 172




Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Médico	7	Realiza valoración del paciente, requisita nota de preconsulta, escala de Morse y en caso requerir apertura de expediente requisita los documentos necesarios e indica al paciente el trámite a realizar.	Nota de preconsulta INER-CE-11 Escala de Morse INER-CS-22 Solicitud de apertura de expediente INER-CE-04
	8	¿El paciente requiere estudio? Si. Indica y requisita los formatos Solicitud de estudios INER-CS-01 Consentimiento Informado INER-CEECL-01 y Nota de preconsulta. Continúa actividad 9. No. Continúa atención del paciente por consulta de Primera vez, hasta su alta en la Clínica. Continúa actividad 14.	Solicitud de estudios INER-CS-01 Consentimiento Informado INER-CEECL-01 Programación de estudios INER-CS-09 Nota de preconsulta INER-CE-11
	9	Registra el diagnóstico de los pacientes en el formato <i>Registro de consultas</i> en el Sistema de Administración Hospitalaria, lo firma y entrega a la recepción de Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño.	Lista diaria de pacientes para bioestadística
Recepción de Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	10	Registra el estudio de sueño en la programación de estudios y asigna cita de consulta de primera vez para la revisión de resultados del estudio.	Hoja de control para pacientes sin expediente clínico INER-CS-24
	11	Anota en hoja de control el día y la hora para la cita del estudio así como la cita de su consulta de primera vez.	Hoja de control para pacientes sin expediente clínico INER-CS-24

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez y subsecuentes.		Hoja 29 de 172




Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Recepción de Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	12	Da indicaciones al paciente para el pago del estudio y la consulta de primera vez y entrega al paciente formatos: Programación de estudios INER-CS-09 e indicaciones para presentarse a estudio de sueño INER-CS-11 o INER-CS-20 y Encuesta de Calidad y Hoja de control para pacientes sin expediente clínico.	Solicitud de estudios INER-CS-01 Indicaciones para poligrafía respiratoria durante el sueño INER-CS-11 Indicaciones de estudio de polisomnografía INER-CS-20 Encuesta de calidad Hoja de control para pacientes sin expediente clínico INER-CS-24
	13	Archiva para integrar el expediente: Nota de preconsulta, formato de Programación de Estudio de sueño, Consentimiento informado, y cuestionario de hábitos de sueño. Termina Procedimiento	Nota de preconsulta INER-CE-11 Cuestionario de primera vez para adultos INER-CS-02 Cuestionario de primera vez para niños INER-CS-03 Consentimiento Informado INER-CEECL-01
Consulta de primera vez			
Recepción de Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	14	Recibe al <ul style="list-style-type: none"> - <i>Paciente de Consulta Externa, con la hoja de interconsulta y carnet institucional. Continúa actividad 15.</i> - <i>Paciente de primera vez procedente de la preconsulta de la Clínica para revisión de resultados del estudio de sueño, con su Hoja de control para pacientes sin expediente clínico. Continúa actividad 16.</i> 	Hoja de control para pacientes sin expediente clínico INER-CS-24

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez y subsecuentes.		Hoja 30 de 172




Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Recepción de Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	15	Anota la fecha de consulta en el carnet del paciente, y en el Sistema de Administración Hospitalaria e indica la fecha de su cita y los trámites para el pago de la consulta y entrega al paciente el Cuestionario de Sueño INER-CS-02 o INER-CS-03 según sea el caso.	Cuestionario de primera vez para adultos INER-CS-02 Cuestionario de primera vez para niños INER-CS-03
Paciente	16	Acude el día de su consulta con la documentación solicitada.	
	17	Entrega documentación según su procedencia: - Pacientes de la consulta externa (<i>carnet, cuestionario de hábitos de sueño (INER-CS-02 o INER-CS-03), solicitud de interconsulta y comprobante de pago</i>). - Pacientes de preconsulta (Hoja de control para pacientes sin expediente clínico y <i>recibo de pago</i>).	Cuestionario de primera vez para adultos INER-CS-02 Cuestionario de primera vez para niños INER-CS-03 Hoja de control para pacientes sin expediente clínico INER-CS-24
Recepción de Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	18	Recibe al paciente según su procedencia: - Pacientes de la consulta externa (<i>carnet, cuestionario de hábitos de sueño (INER-CS-02 o INER-CS-03), solicitud de interconsulta y comprobante de pago</i>). Continúa actividad 19. - Pacientes de preconsulta de la Clínica (Hoja de control para pacientes sin expediente clínico y <i>recibo de pago</i>). Continúa actividad 27.	Cuestionario de primera vez para adultos INER-CS-02 Cuestionario de primera vez para niños INER-CS-03 Recibo de pago INER-DTES-03 Hoja de control para pacientes sin expediente clínico INER-CS-24

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez y subsecuentes.		Hoja 31 de 172




Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Médico	19	Recibe del personal de recepción el cuestionario, Hoja de control para pacientes sin expediente clínico y expediente del paciente.	Cuestionario de primera vez para adultos INER-CS-02 Cuestionario de primera vez para niños INER-CS-03 Hoja de control para pacientes sin expediente clínico INER-CS-24
	20	Realiza valoración del paciente, requisita nota médica.	Nota médica INER-EC-09
Recepción de Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	21	¿El paciente requiere estudio? Si. Indica y requisita los formatos Solicitud de estudios INER-CS-01, Programación de estudios Consentimiento informado INER-CEECL-01 y Nota médica y programa cita subsecuente. Continúa actividad 22. No. Continúa su atención en consultas subsecuentes hasta el alta de la Clínica. Termina procedimiento.	Nota médica INER-EC-09 Solicitud de estudios INER-CS-01 Consentimiento informado INER-CEECL-01
Médico	22	Registra el diagnóstico de los pacientes en el formato <i>Registro de consultas</i> , lo firma y entrega a la recepción de Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño.	Lista diaria de pacientes para bioestadística
Recepción de Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	23	Registra el estudio de sueño en la programación de estudios y asigna cita de consulta subsecuente para la revisión de estudios.	
	24	Anota en el carnet el día y la hora para la cita de su estudio así como la cita de su consulta subsecuente, da indicaciones al paciente para el pago del estudio y la consulta a pagar.	

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez y subsecuentes.		Hoja 32 de 172




Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Recepción de Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	25	Entrega al paciente formatos: Programación de estudios INER-CS-09 e indicaciones para presentarse a estudio de sueño INER-CS-11 o INER-CS-20 la Encuesta de Calidad y carnet de citas.	Programación de estudios INER-CS-09 e Indicaciones para poligrafía respiratoria durante el sueño INER-CS-11 Indicaciones de estudio de polisomnografía INER-CS-20 Encuesta de Calidad
	26	Archiva para integrar el expediente: Nota médica, formato de Programación de estudio de sueño, Consentimiento Informado y Cuestionario de hábitos de sueño. Termina procedimiento	Nota médica INER-EC-09 Programación de estudios de sueño Consentimiento informado INER-CEECL-01 Cuestionario de primera vez para adultos INER-CS-02 Cuestionario de primera vez para niños INER-CS-03
Médico	27	Recibe del personal de recepción, carpeta de estudio, al paciente y le comenta los resultados del estudio.	
	28	Recibe al paciente, realiza valoración, requisita nota médica.	Nota médica INER-EC-09

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez y subsecuentes.		Hoja 33 de 172




Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Médico	29	<p>¿El paciente requiere de otro estudio?</p> <p>Si. Continúa actividad 21 No. Requiere indicación de tratamiento y es canalizado a la Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio, requisita formato de Prescripción de Presión Positiva y continúa atención del paciente por requerir consulta subsecuente hasta su alta en la Clínica. Continúa <i>Procedimiento para el préstamo de equipo a domicilio con uso de dispositivo de registro nocturno de presión positiva continua (CPAP)</i>.</p> <p>Termina Procedimiento</p>	
Consulta subsecuente			
Recepción de Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño/Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio	30	Recibe al paciente para programar la cita subsecuente anotando la fecha de consulta en el carnet y en el Sistema de Administración Hospitalaria e indica la fecha de su cita y los trámites para el pago de la misma.	
Paciente	31	Acude el día de su consulta con la documentación solicitada, carnet y recibo de pago.	Carnet Recibo de pago INER-DTES-03
Recepción de Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño/Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio	32	Entrega en la recepción de la Clínica el carnet de citas, recibo de pago y a la Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio entrega la tarjeta lectora de su equipo de Presión Positiva Continua.	
Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio	33	Recibe del paciente, tarjeta lectora de su equipo de Presión Positiva Continua, obtiene la información mediante el reporte correspondiente, lo entrega al médico y requisita el formato Registro subsecuente de CPAP.	Registro subsecuente de CPAP INER-CS-10

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez y subsecuentes.		Hoja 34 de 172

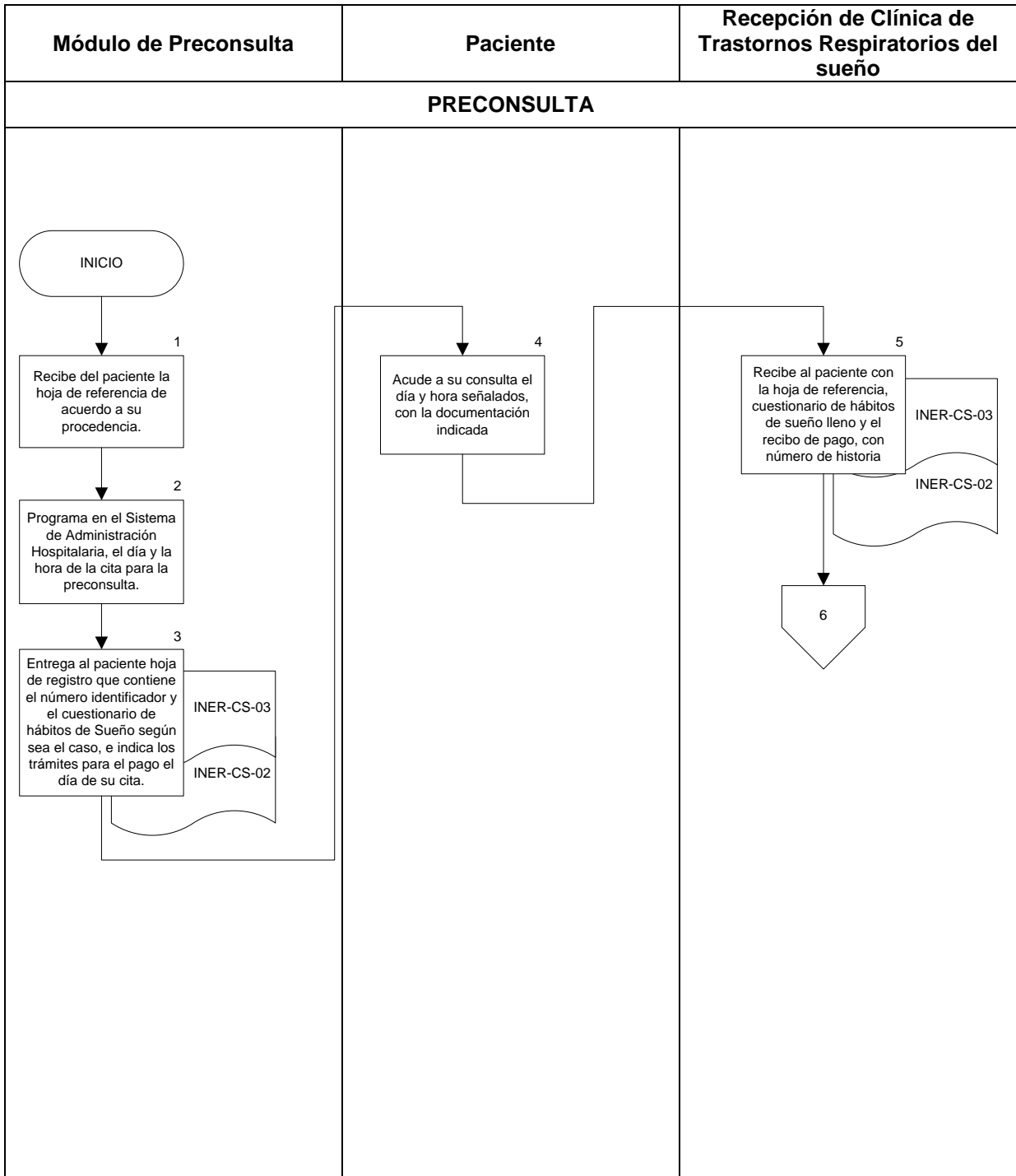
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Médico	34	Recibe del personal de recepción el cuestionario, carnet y expediente del paciente.	Cuestionario de primera vez para adultos INER-CS-02 Cuestionario de primera vez para niños INER-CS-03
	35	Recibe del personal de Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio, reporte del equipo de presión positiva y formato de Registro subsecuente de CPAP.	Formato Registro subsecuente de CPAP INER-CS-10
	36	Realiza valoración del paciente y requisita nota médica.	Nota Médica INER-EC-09
	37	¿El paciente requiere estudio? Si. Indica y requisita los formatos Solicitud de estudios, Programación de estudios, Consentimiento Informado, Nota médica. Continúa actividad 38. No. Requiere ajuste de tratamiento y lo refiere nuevamente a la Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio, requisita formato de Prescripción de Presión Positiva Continua y continúa atención del paciente por requerir consulta subsecuente hasta su alta en la Clínica. Continúa procedimiento 4. Préstamo de equipo a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de para registro nocturno de presión positiva continua (Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio). Termina procedimiento.	Solicitud de estudios INER-CS-01 Consentimiento Bajo Información INER-CEECL-01 Prescripción de CPAP NER-CS-16 Nota Médica INER-EC-09 Programación de estudios INER-CS-09
	38	Registra el diagnóstico de los pacientes en el formato <i>Registro de consultas</i> , lo firma y entrega a la recepción de Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño.	Lista diaria de pacientes para bioestadística

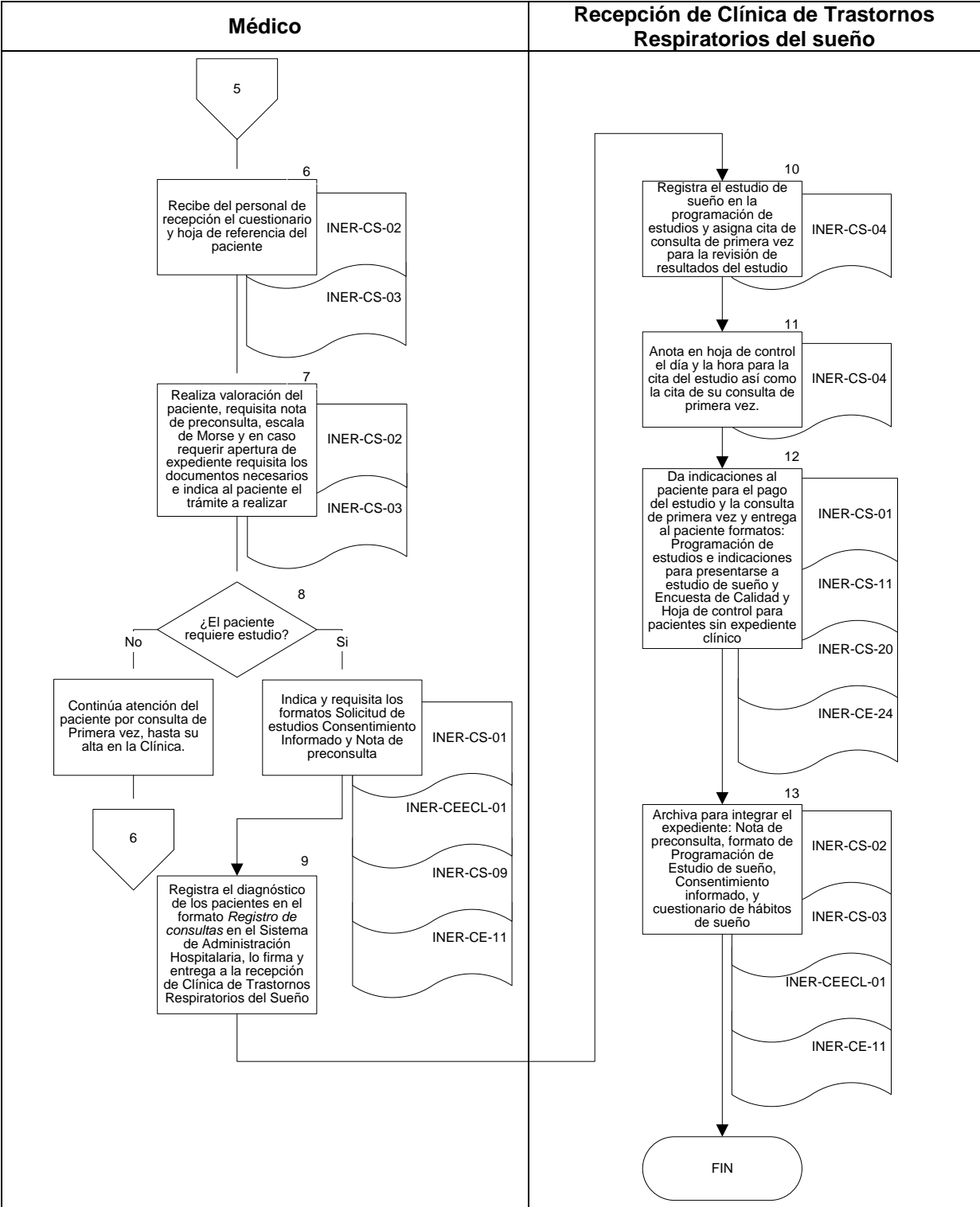
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez y subsecuentes.		Hoja 35 de 172




Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Recepción de Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	39	Registra el estudio de sueño en la programación de estudios y asigna cita de consulta subsecuente para la revisión de estudios.	
	40	Anota en el carnet el día y la hora para la cita de su estudio así como la cita de su consulta subsecuente, da indicaciones al paciente para el pago del estudio y la consulta a pagar.	
	41	Entrega al paciente formatos: Programación de estudios e indicaciones para presentarse a estudio de sueño y la Encuesta de Calidad.	Programación de estudios INER-CS-09 e Indicaciones para poligrafía respiratoria durante el sueño INER-CS-11 Indicaciones de estudio de polisomnografía INER-CS-20 Encuesta de Calidad
	42	Archiva para integrar el expediente: Nota médica, formato de Programación de estudio de sueño, Consentimiento informado, y Cuestionario de hábitos de sueño.	Nota médica INER-EC-09 Programación de estudios INER-CS-09 Consentimiento bajo información INER-CEECL-01 Cuestionario de primera vez para adultos INER-CS-02 Cuestionario de primera vez para niños INER-CS-03
		Termina Procedimiento	

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez y subsecuentes.		Hoja 36 de 172

7.0 DIAGRAMA DE FLUJO

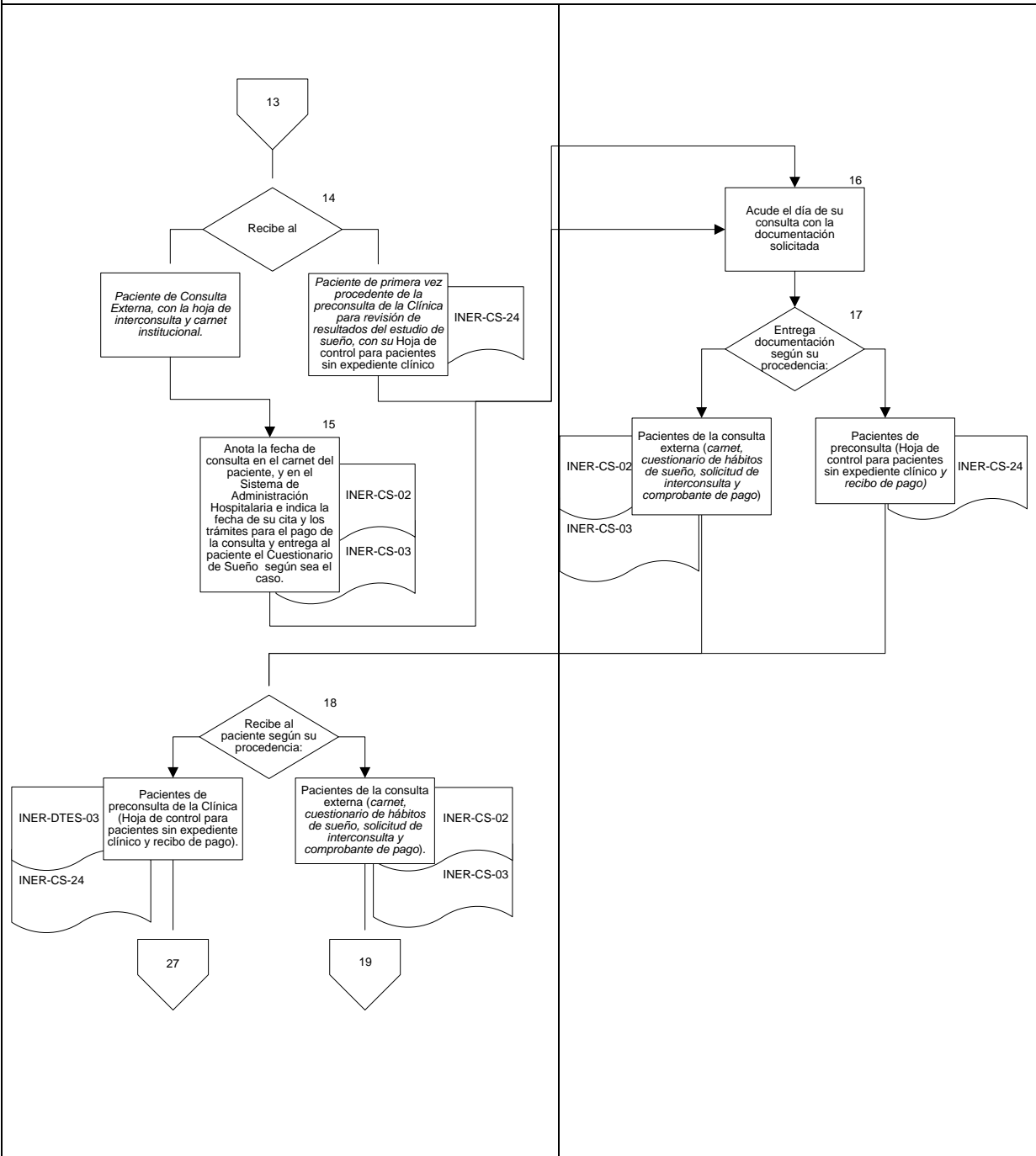


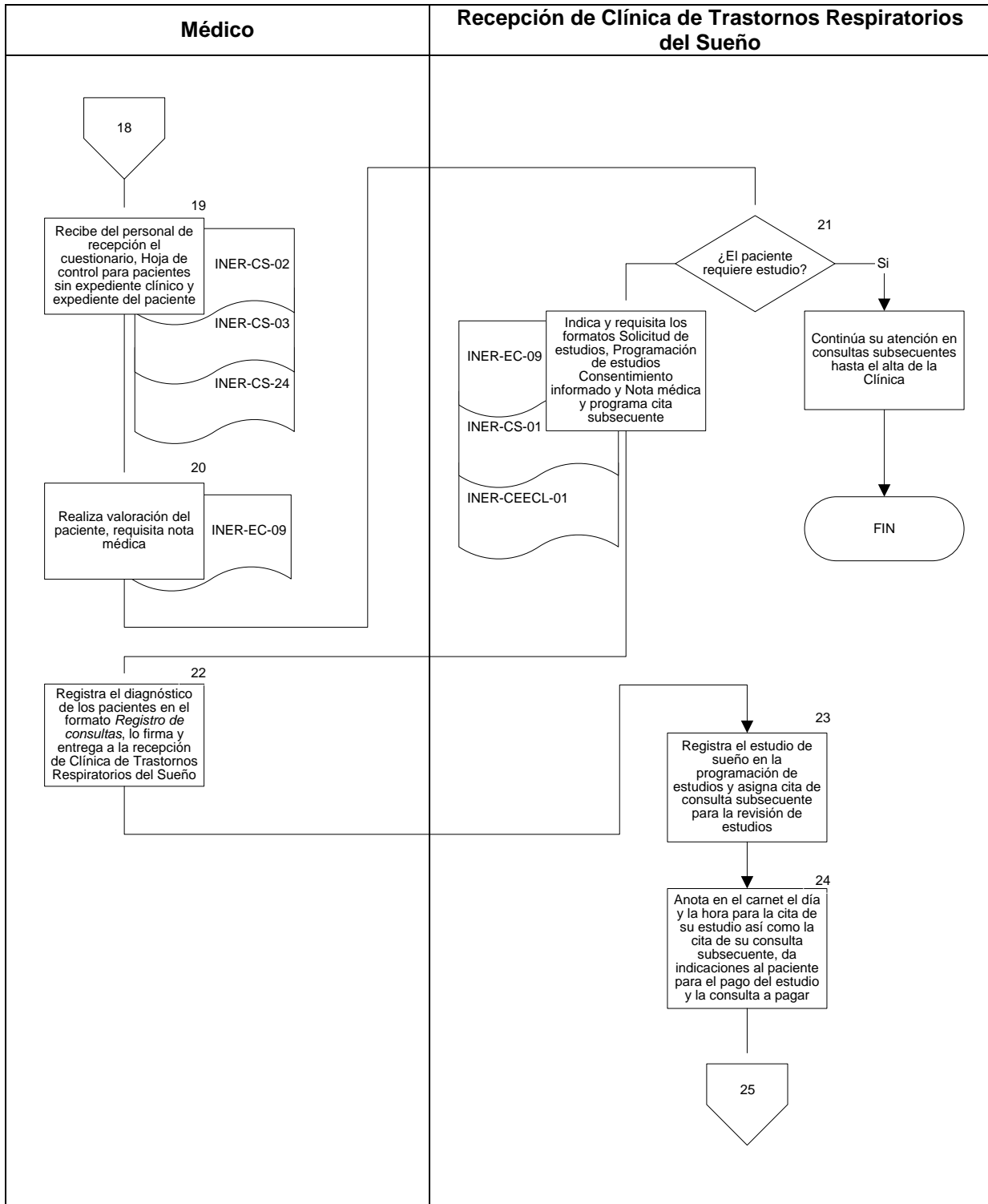





 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez y subsecuentes.		Hoja 38 de 172

Recepción de Clínica de Trastornos Respiratorios del sueño	Paciente
---	-----------------

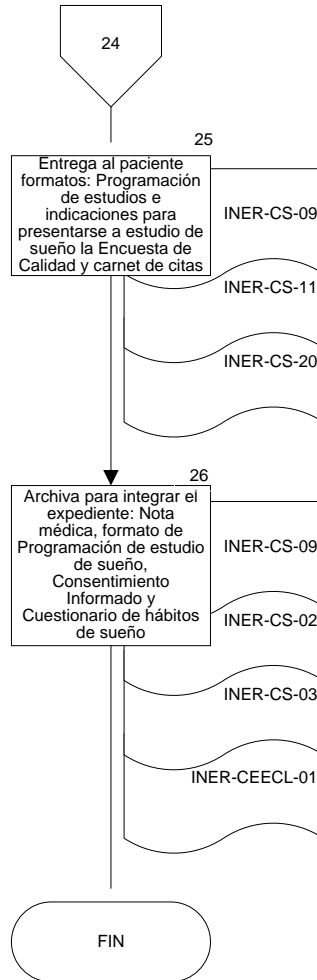
CONSULTA DE PRIMERA VEZ






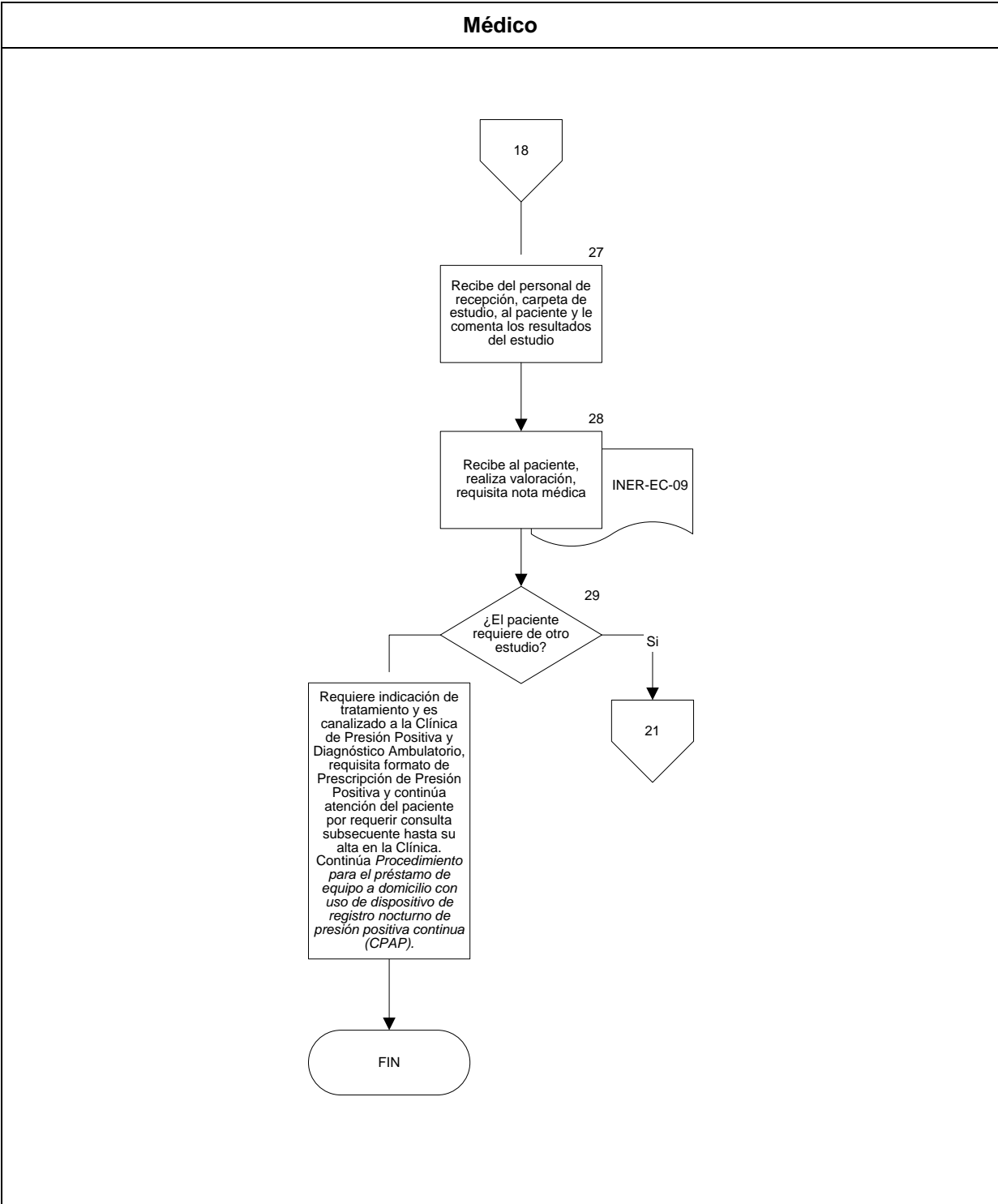





 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez y subsecuentes.		Hoja 40 de 172

Recepción de Clínica de Trastornos Respiratorios del sueño



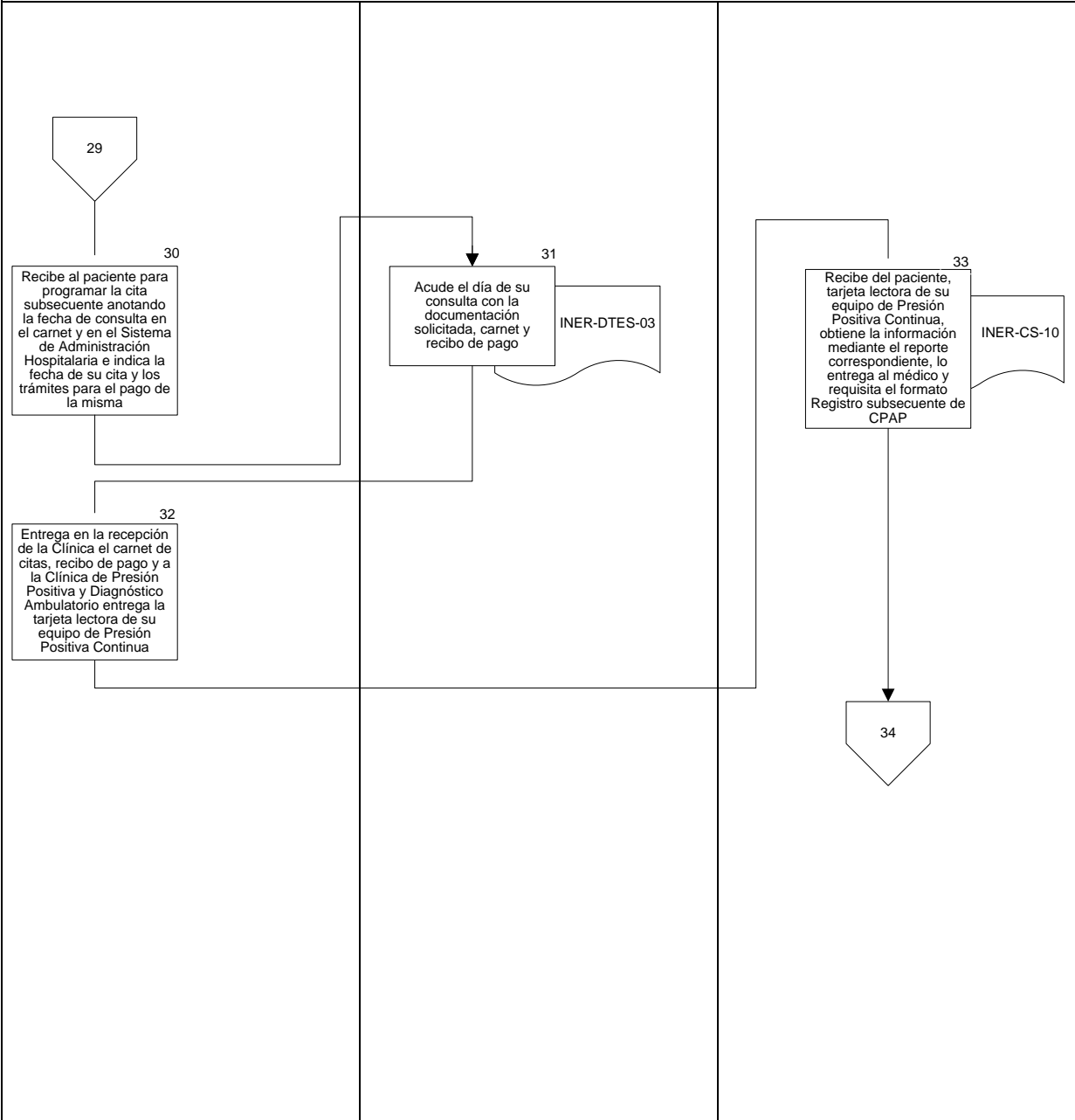
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez y subsecuentes.		Hoja 41 de 172

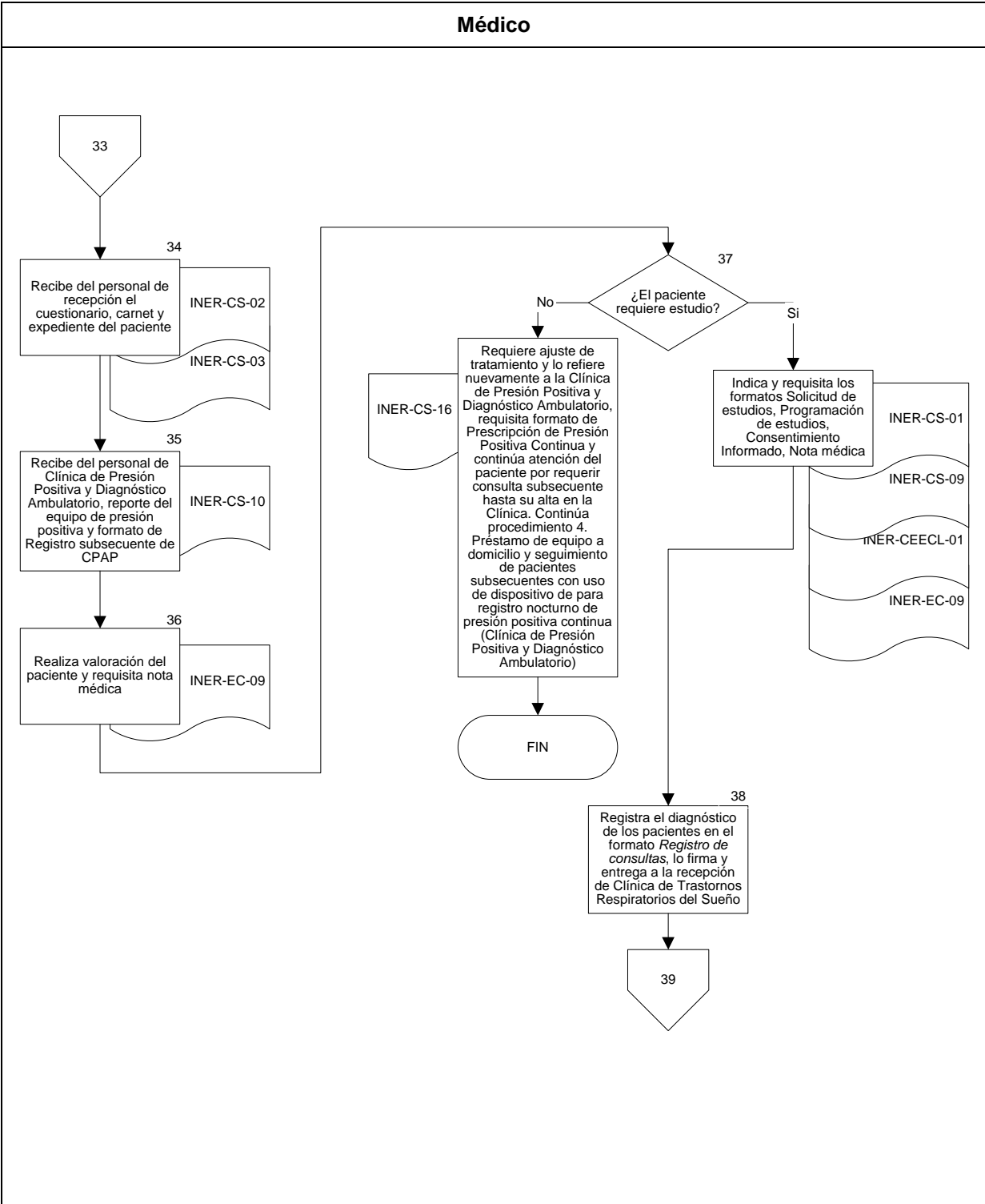


 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez y subsecuentes.		Hoja 42 de 172

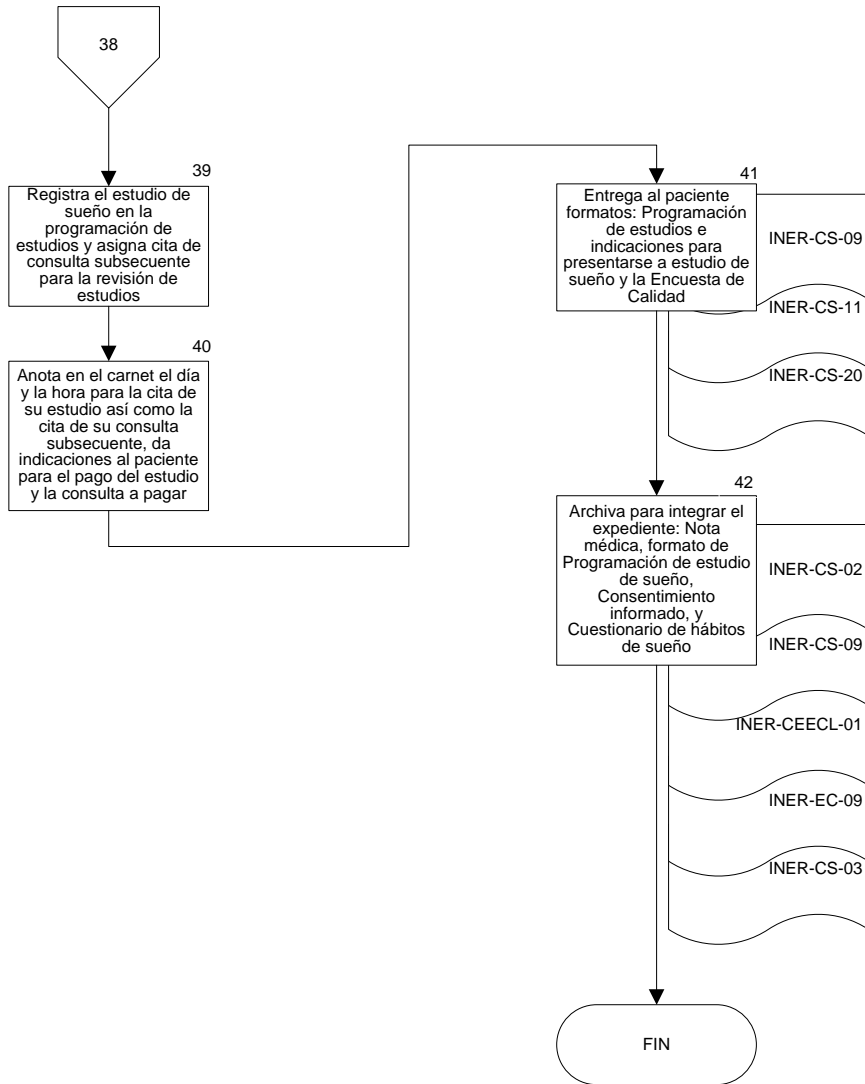
Recepción de Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño/Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio	Paciente	Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio
---	-----------------	--




CONSULTA SUBSECUENTE





Recepción de Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño






 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez y subsecuentes.		Hoja 45 de 172

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud.	No aplica

7.0 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Solicitud de estudios.	No aplica	Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	INER-CS-01
Cuestionario de primera vez de adultos.	No aplica	Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	INER-CS-02
Cuestionario de primera vez para niños.	No aplica	Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	INER-CS-03
Programación de estudios	No aplica	Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	INER-SC-09
Registro de consultas subsecuentes	No aplica	Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	INER-CS-10
Indicaciones para poligrafía respiratoria durante el sueño.	No aplica	Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	INER-CS-11
Indicaciones de estudios de polisomnografía.	No aplica	Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	INER-CS-20
Formato único de consentimiento bajo información	No aplica	Expediente clínico	INER-CEECL-01
Nota de consulta externa	No aplica	Expediente clínico	INER-CE-11
Notas médicas	No aplica	Expediente clínico	INER-EC-09
Escala de Morse	No aplica	Expediente Clínico	INER-CS-22
Hoja de control para pacientes sin número de expediente clínico	No aplica	Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	INER-CS-24




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez y subsecuentes.		Hoja 46 de 172

8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 No aplica


9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
5	2016	Actualización del procedimiento




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez y subsecuentes.		Hoja 47 de 172

10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO


10.1 Solicitud de estudios INER-CS-01

 	SOLICITUD DE ESTUDIOS		<small>INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COBÓ VILLEGAS</small> DIRECCIÓN MÉDICA <small>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y PARAMÉDICOS</small> CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO										
<table border="1" style="display: inline-table; margin-right: 20px;"> <tr> <td style="width: 30px;">DÍA</td> <td style="width: 30px;">MES</td> <td style="width: 30px;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				DÍA	MES	AÑO							
DÍA	MES	AÑO											
NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ No. EXPEDIENTE: _____	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>SERVICIO CLÍNICO: _____</td> <td>CAMA: _____</td> </tr> <tr> <td>CONSULTA EXTERNA: ()</td> <td>HOSPITALIZACIÓN: () URGENCIAS ()</td> </tr> <tr> <td>CLÍNICA DE ESTUDIO DE: _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>No. DE PROTOCOLO: _____</td> <td>No. DE CONVENIO: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO: _____</td> </tr> </table>			SERVICIO CLÍNICO: _____	CAMA: _____	CONSULTA EXTERNA: ()	HOSPITALIZACIÓN: () URGENCIAS ()	CLÍNICA DE ESTUDIO DE: _____		No. DE PROTOCOLO: _____	No. DE CONVENIO: _____	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO: _____	
SERVICIO CLÍNICO: _____	CAMA: _____												
CONSULTA EXTERNA: ()	HOSPITALIZACIÓN: () URGENCIAS ()												
CLÍNICA DE ESTUDIO DE: _____													
No. DE PROTOCOLO: _____	No. DE CONVENIO: _____												
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO: _____													
MARQUE EL ESTUDIO QUE SOLICITE													
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> CS 01 POLISOMNOGRAFÍA (ESTUDIO COMPLETO)</td> <td><input type="checkbox"/> CS 07 VALORACIÓN DE SEGUIMIENTO CON CPAP/BIPAP</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CS 02 ESTUDIO SIMPLIFICADO</td> <td><input type="checkbox"/> CS 08 PRUEBAS DE SOMNOLENCIA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CS 03 PRUEBA SEMANAL TERAPEUTICA CON AUTO CPAP</td> <td><input type="checkbox"/> CS 09 PRUEBAS DE ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CS 04 PRUEBA MENSUAL TERAPEUTICA CON AUTO CPAP</td> <td><input type="checkbox"/> CS 10 LMS (LATENCIAS MÚLTIPLES DE SUEÑO)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CS 05 TRATAMIENTO CON CPAP (30 días)</td> <td></td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> CS 01 POLISOMNOGRAFÍA (ESTUDIO COMPLETO)	<input type="checkbox"/> CS 07 VALORACIÓN DE SEGUIMIENTO CON CPAP/BIPAP	<input type="checkbox"/> CS 02 ESTUDIO SIMPLIFICADO	<input type="checkbox"/> CS 08 PRUEBAS DE SOMNOLENCIA	<input type="checkbox"/> CS 03 PRUEBA SEMANAL TERAPEUTICA CON AUTO CPAP	<input type="checkbox"/> CS 09 PRUEBAS DE ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN	<input type="checkbox"/> CS 04 PRUEBA MENSUAL TERAPEUTICA CON AUTO CPAP	<input type="checkbox"/> CS 10 LMS (LATENCIAS MÚLTIPLES DE SUEÑO)	<input type="checkbox"/> CS 05 TRATAMIENTO CON CPAP (30 días)	
<input type="checkbox"/> CS 01 POLISOMNOGRAFÍA (ESTUDIO COMPLETO)	<input type="checkbox"/> CS 07 VALORACIÓN DE SEGUIMIENTO CON CPAP/BIPAP												
<input type="checkbox"/> CS 02 ESTUDIO SIMPLIFICADO	<input type="checkbox"/> CS 08 PRUEBAS DE SOMNOLENCIA												
<input type="checkbox"/> CS 03 PRUEBA SEMANAL TERAPEUTICA CON AUTO CPAP	<input type="checkbox"/> CS 09 PRUEBAS DE ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN												
<input type="checkbox"/> CS 04 PRUEBA MENSUAL TERAPEUTICA CON AUTO CPAP	<input type="checkbox"/> CS 10 LMS (LATENCIAS MÚLTIPLES DE SUEÑO)												
<input type="checkbox"/> CS 05 TRATAMIENTO CON CPAP (30 días)													
<small>IMPORTANTE: Confirmar su asistencia 2 días hábiles antes de su cita a los teléfonos 56.66.86.40 o al 56.66.45.39. Ext. 5242 de 9:00-14:00 horas, de no hacerlo su cita quedará cancelada.</small>													
CITA: _____		HORA: _____											
INER CS-01 (08-2015)													

 	SOLICITUD DE ESTUDIOS		<small>INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COBÓ VILLEGAS</small> DIRECCIÓN MÉDICA <small>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y PARAMÉDICOS</small> CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO										
<table border="1" style="display: inline-table; margin-right: 20px;"> <tr> <td style="width: 30px;">DÍA</td> <td style="width: 30px;">MES</td> <td style="width: 30px;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				DÍA	MES	AÑO							
DÍA	MES	AÑO											
NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ No. EXPEDIENTE: _____	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>SERVICIO CLÍNICO: _____</td> <td>CAMA: _____</td> </tr> <tr> <td>CONSULTA EXTERNA: ()</td> <td>HOSPITALIZACIÓN: () URGENCIAS ()</td> </tr> <tr> <td>CLÍNICA DE ESTUDIO DE: _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td>No. DE PROTOCOLO: _____</td> <td>No. DE CONVENIO: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO: _____</td> </tr> </table>			SERVICIO CLÍNICO: _____	CAMA: _____	CONSULTA EXTERNA: ()	HOSPITALIZACIÓN: () URGENCIAS ()	CLÍNICA DE ESTUDIO DE: _____		No. DE PROTOCOLO: _____	No. DE CONVENIO: _____	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO: _____	
SERVICIO CLÍNICO: _____	CAMA: _____												
CONSULTA EXTERNA: ()	HOSPITALIZACIÓN: () URGENCIAS ()												
CLÍNICA DE ESTUDIO DE: _____													
No. DE PROTOCOLO: _____	No. DE CONVENIO: _____												
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO: _____													
MARQUE EL ESTUDIO QUE SOLICITE													
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> CS 01 POLISOMNOGRAFÍA (ESTUDIO COMPLETO)</td> <td><input type="checkbox"/> CS 07 VALORACIÓN DE SEGUIMIENTO CON CPAP/BIPAP</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CS 02 ESTUDIO SIMPLIFICADO</td> <td><input type="checkbox"/> CS 08 PRUEBAS DE SOMNOLENCIA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CS 03 PRUEBA SEMANAL TERAPEUTICA CON AUTO CPAP</td> <td><input type="checkbox"/> CS 09 PRUEBAS DE ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CS 04 PRUEBA MENSUAL TERAPEUTICA CON AUTO CPAP</td> <td><input type="checkbox"/> CS 10 LMS (LATENCIAS MÚLTIPLES DE SUEÑO)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CS 05 TRATAMIENTO CON CPAP (30 días)</td> <td></td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> CS 01 POLISOMNOGRAFÍA (ESTUDIO COMPLETO)	<input type="checkbox"/> CS 07 VALORACIÓN DE SEGUIMIENTO CON CPAP/BIPAP	<input type="checkbox"/> CS 02 ESTUDIO SIMPLIFICADO	<input type="checkbox"/> CS 08 PRUEBAS DE SOMNOLENCIA	<input type="checkbox"/> CS 03 PRUEBA SEMANAL TERAPEUTICA CON AUTO CPAP	<input type="checkbox"/> CS 09 PRUEBAS DE ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN	<input type="checkbox"/> CS 04 PRUEBA MENSUAL TERAPEUTICA CON AUTO CPAP	<input type="checkbox"/> CS 10 LMS (LATENCIAS MÚLTIPLES DE SUEÑO)	<input type="checkbox"/> CS 05 TRATAMIENTO CON CPAP (30 días)	
<input type="checkbox"/> CS 01 POLISOMNOGRAFÍA (ESTUDIO COMPLETO)	<input type="checkbox"/> CS 07 VALORACIÓN DE SEGUIMIENTO CON CPAP/BIPAP												
<input type="checkbox"/> CS 02 ESTUDIO SIMPLIFICADO	<input type="checkbox"/> CS 08 PRUEBAS DE SOMNOLENCIA												
<input type="checkbox"/> CS 03 PRUEBA SEMANAL TERAPEUTICA CON AUTO CPAP	<input type="checkbox"/> CS 09 PRUEBAS DE ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN												
<input type="checkbox"/> CS 04 PRUEBA MENSUAL TERAPEUTICA CON AUTO CPAP	<input type="checkbox"/> CS 10 LMS (LATENCIAS MÚLTIPLES DE SUEÑO)												
<input type="checkbox"/> CS 05 TRATAMIENTO CON CPAP (30 días)													
<small>IMPORTANTE: Confirmar su asistencia 2 días hábiles antes de su cita a los teléfonos 56.66.86.40 o al 56.66.45.39. Ext. 5242 de 9:00-14:00 horas, de no hacerlo su cita quedará cancelada.</small>													
CITA: _____		HORA: _____											
INER CS-01 (08-2015)													


 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez y subsecuentes.		Hoja 48 de 172

10.2 Cuestionario de primera vez de adultos INER-CS-02



CUESTIONARIO DE PRIMERA VEZ DE ADULTOS

SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y PARAMÉTRICOS
CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
SINAEL COHO VILLEGAS
DIRECCIÓN MÉDICA
CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO

EPWORTH

Fecha: _____ de _____ de 20__

Nombre: _____

Género: Hombre Mujer Edad: _____

Lugar de nacimiento: _____

Dirección: _____

Grado máximo de estudios: _____

Teléfono de casa: _____

Celular: _____

Ocupación actual: _____

Estado civil: _____

8.- Con qué frecuencia usa medicamentos para dormir (prescritos o automedicados)?

Nunca

Menos de una vez a la semana

Una o dos veces por semana

Tres veces o más por semana

Anote el nombre de los medicamentos para dormir que usa: _____

9.- ¿Usted ronca?

Sí (1)

No

No lo sé

10.- ¿Qué tan fuerte ronca?

Como una respiración fuerte.

Como una conversación

Más fuerte que una conversación (1)

Muy fuerte (estridente, alto, estruendoso) (1)

11.- ¿Qué tan frecuente ronca?

Casi diario (1)

3 a 4 veces por semana (1)

1 a 2 veces por semana

Nunca o casi nunca

12.- ¿Sus ronquidos molestan a otras personas?

Sí (1)

No

No sé

13.- ¿Alguien ha notado que hace pausas en la respiración mientras duerme y con qué frecuencia?

Sí, Casi diario (2)

3 o 4 veces por semana (2)

1 o 2 veces por semana

No, nunca

14.- ¿Siente que aunque duerme no descansa?

Casi todos los días (1)

3 a 4 días por semana (1)

1 a 2 días por semana

1 a 2 días al mes

Nunca o casi nunca

15.- Durante el día ¿se siente cansado, fatigado o con poca energía?

Casi todos los días (1)

3 a 4 días de la semana (1)

1 a 2 días por semana

1 a 2 días al mes

Nunca o casi nunca

16.- ¿Ha cabeceado o se ha dormido conduciendo?

Sí (1)

No/No conduce

17.- En caso afirmativo ¿con qué frecuencia le ocurre?

Casi todos los días

3 a 4 días de la semana

1 a 2 días por semana

1 a 2 días por mes

Nunca o casi nunca

18.- En los últimos 5 años, ¿Cuántos accidentes automovilísticos ha tenido por haberse quedado dormido manejando?

Ninguna (0) Poca (1) Regular (2) Mucha (3)

19.- ¿Con qué frecuencia hace siesta?

Nunca

Rara vez (menos de una vez al mes)

Algunas veces (1 a 2 veces por mes)

Frecuentemente (1-2 veces por semana)

Por lo general (3 a 5 veces por semana)

Siempre (Todos los días)

20.- En promedio ¿cuánto tiempo duran sus siestas?

21.- ¿Durante esas siestas sueña?

Sí _____ No _____

22.- ¿Con frecuencia le duele la cabeza al despertar?

Sí _____ No _____

23.- ¿Con frecuencia se despierta por tener sensación de algo por la noche?

Sí _____ No _____

24.- ¿Rechina los dientes mientras duerme?

Sí _____ No _____

25.- Al despertar ¿Ha tenido la sensación de estar paralizado, como si estuviera algo o alguien encima de usted o "se ha subido el muerto"?

Sí _____ No _____

26.- Al tener una emoción intensa o una carajada ¿Alguna parte de su cuerpo se ha quedado sin fuerza?

Sí _____ No _____

27.- ¿Al quedarse dormido o al despertar ha visto, escuchado o sentido cosas que los demás no perciben?

Sí _____ No _____

28.- ¿Le han dicho o ha percibido que tiene movimientos súbitos o sacudidas en las piernas o brazos mientras duerme?

Sí _____ No _____

29.- ¿Ha presentado movimientos anormales mientras duerme?

Sí _____ No _____

30.- ¿Ha tenido sensaciones desagradables, como de hormigueo o dolor en sus piernas, combinada con una urgencia o necesidad de mover sus piernas?

Sí _____ No _____

31.- ¿Esas sensaciones ocurren más en reposo y mejoran con el movimiento?

Sí _____ No _____

32.- ¿Son peores esas sensaciones en la tarde o noche que en la mañana?

Sí _____ No _____

33.- ¿Por la noche, tiene dificultad para conciliar el sueño?

Sí _____ No _____

34.- ¿Despierta a mitad de la noche y le es difícil conciliar el sueño?

Sí _____ No _____

35.- ¿Por la mañana despierta más temprano de lo deseado y ya no le es posible conciliar el sueño?

Sí _____ No _____

36.- ¿Con qué frecuencia toma bebidas como café, té o refrescos de cola?

Nunca

Rara vez (menos de una vez al mes)

Algunas veces (1 a 2 veces por mes)

Frecuentemente (1-2 veces por semana)

Por lo general (3 a 5 veces por semana)

Siempre (Todos los días)

37.- En promedio, cada vez que toma estas bebidas ¿Cuántos vasos o tazas toma en un día?

INSTRUCCIONES: Marque la respuesta que mejor describa su estado de ánimo en las últimas dos semanas.

<p>1. Me siento tenso (a) y ansioso (a)</p> <input type="checkbox"/> 3 Casi todo el día <input type="checkbox"/> 2 Gran parte del día <input type="checkbox"/> 1 De vez en cuando <input type="checkbox"/> 0 Nunca	<p>8. Me siento lento (a) y torpe</p> <input type="checkbox"/> 3 Gran parte del día <input type="checkbox"/> 2 A menudo <input type="checkbox"/> 1 A veces <input type="checkbox"/> 0 Nunca
<p>2. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre</p> <input type="checkbox"/> 0 Claramente, igual que antes <input type="checkbox"/> 1 No tanto como antes <input type="checkbox"/> 2 Soloamente un poco <input type="checkbox"/> 3 Ya no disfruto con nada	<p>9. Experimento una desagradable sensación de nervios y hormigueos en el estómago</p> <input type="checkbox"/> 0 Nunca <input type="checkbox"/> 1 Solo en algunas ocasiones <input type="checkbox"/> 2 A menudo <input type="checkbox"/> 3 Muy a menudo
<p>3. Siento una especie de temor, como si algo malo fuera a suceder</p> <input type="checkbox"/> 3 Si y muy intenso <input type="checkbox"/> 2 Si, pero no muy intenso <input type="checkbox"/> 1 Si, pero no me preocupa <input type="checkbox"/> 0 No siento nada de eso	<p>10. He perdido el interés en mi aspecto personal</p> <input type="checkbox"/> 3 Completamente <input type="checkbox"/> 2 No me cuidó como debería de hacerlo <input type="checkbox"/> 1 Es posible que no me cuidé como debería <input type="checkbox"/> 0 Me cuidó como siempre lo he hecho
<p>4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas</p> <input type="checkbox"/> 0 Igual que siempre <input type="checkbox"/> 1 Actualmente, algo menos <input type="checkbox"/> 2 Actualmente, mucho menos <input type="checkbox"/> 3 Actualmente, en absoluto	<p>11. Me siento inquieto (a) como si no pudiera parar de moverme</p> <input type="checkbox"/> 3 Realmente mucho <input type="checkbox"/> 2 Bastante <input type="checkbox"/> 1 No mucho <input type="checkbox"/> 0 En absoluto
<p>5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones</p> <input type="checkbox"/> 3 Casi todo el día <input type="checkbox"/> 2 Gran parte del día <input type="checkbox"/> 1 De vez en cuando <input type="checkbox"/> 0 Nunca	<p>12. Espero las cosas con ilusión</p> <input type="checkbox"/> 0 Como siempre <input type="checkbox"/> 1 Algo menos que antes <input type="checkbox"/> 2 Mucho menos que antes <input type="checkbox"/> 3 En absoluto
<p>6. Me siento alegre</p> <input type="checkbox"/> 3 Nunca <input type="checkbox"/> 2 Muy pocas veces <input type="checkbox"/> 1 En algunas ocasiones <input type="checkbox"/> 0 Gran parte del día	<p>13. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor</p> <input type="checkbox"/> 3 Muy a menudo <input type="checkbox"/> 2 Con cierta frecuencia <input type="checkbox"/> 1 Raramente <input type="checkbox"/> 0 Nunca
<p>7. Soy capaz de permanecer sentado (a), tranquilo (a) y relajado (a)</p> <input type="checkbox"/> 0 Siempre <input type="checkbox"/> 1 A menudo <input type="checkbox"/> 2 Raras veces <input type="checkbox"/> 3 Nunca	<p>14. Soy capaz de disfrutar un buen libro o un buen programa de televisión</p> <input type="checkbox"/> 0 A menudo <input type="checkbox"/> 1 Algunas veces <input type="checkbox"/> 2 Pocas veces <input type="checkbox"/> 3 Casi nunca

HADS: A. _____ D. _____

SAQUI

INSTRUCCIONES: Queremos entender el impacto que la apnea del sueño y/o el ronquido ha tenido en sus actividades diarias, en sus emociones y en su relación con otras personas, así como los síntomas que hayan resultado. Elija la opción que mejor responda a su situación en las últimas 4 semanas.

- | | |
|--|---|
| <p>1. ¿Qué tanto se ha tenido que esforzar para mantenerse despierto durante un día habitual? (por ejemplo en el trabajo, en la escuela, cuidando a los niños o en el trabajo de la casa)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco de esfuerzo <input type="checkbox"/> De un poco a una moderada cantidad de esfuerzo <input type="checkbox"/> Moderada cantidad de esfuerzo <input type="checkbox"/> De moderado a mucho esfuerzo <input type="checkbox"/> Mucho esfuerzo <input type="checkbox"/> Muy grande cantidad de esfuerzo | <p>2. ¿Con que frecuencia ha tenido que usar todas sus energías para cumplir con su actividad principal? (por ejemplo el trabajo, la escuela, cuidar de los niños o el trabajo de la casa)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> De pocas a moderadas veces <input type="checkbox"/> Moderadas veces <input type="checkbox"/> De moderadas a muchas veces <input type="checkbox"/> Muchas veces <input type="checkbox"/> Muchísimas veces |
| <p>3. ¿Qué tan difícil le ha sido encontrar energía necesaria para hacer otras actividades? (como ejercicio o actividades recreativas)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nada difícil <input type="checkbox"/> Un poco difícil <input type="checkbox"/> Moderadamente difícil <input type="checkbox"/> De moderadamente a muy difícil <input type="checkbox"/> Muy difícil <input type="checkbox"/> Mucho muy difícil | <p>4. ¿Qué tanto ha luchado para mantenerse despierto?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> De poco a moderadamente <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> De moderadamente a mucho <input type="checkbox"/> Mucho <input type="checkbox"/> Muchísimo |
| <p>5. ¿Qué tanto problema le causa el que digan que su ronquido es molesto?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> De poco a moderadamente <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> De moderadamente a mucho <input type="checkbox"/> Mucho <input type="checkbox"/> Muchísimo | <p>6. ¿Qué tanto problema le causan discusiones o conflictos frecuentes con los que le rodean?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> De poco a moderadamente <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> De moderadamente a mucho <input type="checkbox"/> Mucho <input type="checkbox"/> Muchísimo |
| <p>7. ¿Con qué frecuencia ha buscado excusas para justificar que está cansado?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> De poco a moderadamente <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> De moderadamente a mucho <input type="checkbox"/> Mucho <input type="checkbox"/> Muchísimo | <p>8. ¿Con qué frecuencia no ha deseado hacer cosas con su familia y/o amigos?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> De pocas veces a moderadas <input type="checkbox"/> Moderadas veces <input type="checkbox"/> De moderadas a muchas veces <input type="checkbox"/> Muchas veces <input type="checkbox"/> Muchísimas veces |
| <p>9. ¿Con qué frecuencia se ha sentido deprimido, triste o sin esperanza?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> De pocas veces a moderadas <input type="checkbox"/> Moderadas veces <input type="checkbox"/> De moderadas a muchas veces <input type="checkbox"/> Muchas veces <input type="checkbox"/> Muchísimas veces | <p>10. ¿Con qué frecuencia se ha sentido impaciente?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Pocas veces <input type="checkbox"/> De pocas veces a moderadas <input type="checkbox"/> Moderadas veces <input type="checkbox"/> De moderadas a muchas veces <input type="checkbox"/> Muchas veces <input type="checkbox"/> Muchísimas veces |
| <p>11. ¿Qué tan problemático le es enfrentarse a los asuntos cotidianos?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> De poco a moderadamente <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> De moderadamente a mucho <input type="checkbox"/> Mucho <input type="checkbox"/> Muchísimo | <p>12. ¿Qué tan problemático le resulta la falta de energía?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> De poco a moderadamente <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> De moderadamente a mucho <input type="checkbox"/> Mucho <input type="checkbox"/> Muchísimo |
| <p>13. ¿Qué tan problemática le resulta la fatiga?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> De poco a moderadamente <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> De moderadamente a mucho <input type="checkbox"/> Mucho <input type="checkbox"/> Muchísimo | <p>14. ¿Qué tan problemático le ha resultado despertar y sentir que no ha descansado?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> De poco a moderadamente <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> De moderadamente a mucho <input type="checkbox"/> Mucho <input type="checkbox"/> Muchísimo |

SF-12

INSTRUCCIONES: Queremos saber su opinión sobre su salud. Esta información nos ayudará a saber cómo se siente usted y si es capaz de hacer sus actividades diarias. Responda cada pregunta indicando la opción que corresponda a cómo se siente. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto. **MARQUE UNA SOLA RESPUESTA.**

1. En general, usted diría que su salud es:
 - Excelente
 - Muy buena
 - Buena
 - Regular
 - Mala
2. Su salud actual ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, una silla de ruedas, hacer compras, limpiar la casa o cambiarse de ropa?
 - Sí, me limita mucho
 - Sí, me limita un poco
 - No, no me limita nada
3. Su salud actual, ¿le limita para hacer cosas como subir tres o más escalones?
 - Sí, me limita mucho
 - Sí, me limita un poco
 - No, no me limita nada
4. (Hizo menos de lo que le gustaría hacer a causa de su salud física?)
 - Sí
 - No
5. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en actividades cotidianas, a causa de su salud física?
 - Sí
 - No
6. (Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?)
 - Sí
 - No
7. (No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?)
 - Sí
 - No
8. (Hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?)
 - Nada
 - Un poco
 - Regular
 - Bastante
 - Mucho
9. ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?
 - Siempre
 - Casi siempre
 - Muchas veces
 - Algunas veces
 - Sólo alguna vez
 - Nunca
10. ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?
 - Siempre
 - Casi siempre
 - Muchas veces
 - Algunas veces
 - Sólo alguna vez
 - Nunca
11. ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?
 - Siempre
 - Casi siempre
 - Muchas veces
 - Algunas veces
 - Sólo alguna vez
 - Nunca
12. ¿Con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?
 - Siempre
 - Casi siempre
 - Algunas veces
 - Sólo alguna vez
 - Nunca
38. Algún familiar en primer grado (hijo, padre o hermano) de usted tiene mucho sueño durante el día o tiene una enfermedad del sueño?
 - Sí
 - No
39. ¿Con qué frecuencia toma usted bebidas alcohólicas?
 - Nunca
 - Menos de una vez al mes
 - 1-2 veces por mes
 - 1-2 veces por semana
 - 3 o más veces por semana
40. En promedio, cada vez que toma bebidas alcohólicas, ¿cuántas copas o cervezas toma?
 - _____
41. ¿Fuma actualmente?
 - Sí
 - No
42. ¿Cuántos años ha fumado en total en su vida?
 - Años.
43. ¿Cuántos cigarrillos en promedio ha fumado por día?
 - Cigarrillos.

44. ¿Padece hipertensión arterial (presión alta)?
 - Sí (+)
 - No
 - No lo sé
45. ¿Padece enfermedades del corazón?
 - Sí
 - No
46. ¿Padece enfermedades de los pulmones?
 - Sí
 - No
47. ¿Padece diabetes o azúcar alta?
 - Sí
 - No
48. ¿Padece enfermedades de la tiroides?
 - Sí
 - No
49. ¿Padece o ha padecido algún tipo de cáncer o tumor? ¿Cuál?
 - No
 - Sí: _____
50. ¿Padece o ha padecido algún tipo de cáncer o tumor? ¿Cuál?
 - No
 - Sí: _____
51. ¿Ha notado que su voz ha cambiado en los últimos meses?
 - Sí
 - No
52. ¿Con qué frecuencia ha despertado con ronquera o dificultad para hablar en los últimos 3 meses?
 - Sí
 - No

53. ¿Con frecuencia tiene tos por la noche?
 - Sí
 - No
54. ¿Con qué frecuencia le silba el pecho por la noche?
 - Sí
 - No
55. ¿Con frecuencia tiene sensación de algo extraño en su garganta, como flema?
 - Sí
 - No
56. ¿Estornuda muy frecuentemente en el día?
 - Sí
 - No

En el último mes (1 mes) ¿Qué tantos problemas le causaron las siguientes condiciones?

Por favor encierre en un círculo la respuesta correcta					
	Sin problema	Problema muy leve	Problema moderado	Problema bastante grave	Problema grave
Respiración ruidosa por la noche	0	1	2	3	4
Dificultad para respirar por la noche	0	1	2	3	4
Dificultad para dormir	0	1	2	3	4
Problemas para mantenerse alerta en el día durante los últimos 3 meses	0	1	2	3	4

En las siguientes líneas anote los medicamentos que utiliza actualmente y la forma como se los ha indicado su médico:

LA SIGUIENTE SECCIÓN ES PARA SER LLENADA POR EL MÉDICO DE LA CLÍNICA DE SUEÑO, MUCHAS GRACIAS

PESO: _____	TALLA: _____	IMC: _____
C CUELLO: _____	PER. ABD.: _____	TAL: _____
FC: _____	SpO2: _____	ETCO2: _____

OROFARINGE AMIGDALAS

Clase I Clase II Clase III Clase IV



MALLAMPATI

0 I II III IV



BERLIN: _____ CAT RIESGO DE SAOS: _____

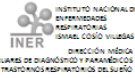
EPIWORTH: _____ /24 PROBAS SAOS: _____

SACS: _____ PTS

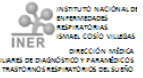
10.3 Cuestionario de primera vez para niños INER-CS-03



CUESTIONARIO DE PRIMERA VEZ PARA NIÑOS



CUESTIONARIO DE PRIMERA VEZ PARA NIÑOS






Este cuestionario está diseñado para obtener información sobre la salud general y hábitos de sueño en niños y niñas. Debe ser llenado por los padres o cuidadores del paciente. Por favor responda todas las preguntas, de acuerdo a la salud y sueño del niño (a) en los últimos 6 meses.

Fecha en la que se llena el formato			
Nombre completo del paciente			Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día)
Edad (años y meses)	Género 1 <input type="checkbox"/> Masculino 2 <input type="checkbox"/> Femenino	Lugar de nacimiento	
Calle	Número exterior	Número interior	
Delegación o Municipio		Estado	

<p>Antecedentes y hábitos en casa</p> <p>1. ¿De cuántos meses de embarazo nació el niño (a)? _____ Meses</p> <p>2. ¿Cuál fue el peso de su hijo(a) al nacer? _____ Kg</p> <p>3. ¿La madre del niño(a) fumó durante el embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>4. ¿El niño(a) necesitó terapia intensiva al nacer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>5. ¿El niño(a) necesitó oxígeno al salir del hospital? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>6. ¿La madre del niño(a) fuma dentro de casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>7. ¿El padre del niño(a) fuma dentro de casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>8. Sin contar al padre y a la madre del niño(a) ¿alguna otra persona fuma dentro de casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>9. Sin considerar al kinder ¿Cuántos años de escuela COMPLETOS estudió el padre del niño(a)? _____ Años</p> <p>10. Sin considerar al kinder ¿Cuántos años de escuela COMPLETOS estudió la madre del niño(a)? _____ Años</p>

<p>SALUD GENERAL</p> <p>11. ¿Alguna vez en la vida algún médico le ha dicho que el(a) niño(a) tenía o tiene alguna de las siguientes enfermedades?</p> <p>a) Enfermedades del corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>b) Enfermedades del hígado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>c) Enfermedades del riñón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>d) Reflujo gastroesofágico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>e) Problemas para pasar el alimento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>f) Problemas de conducta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>g) Problemas neurológicos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>h) Desnutrición <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>i) Sobre peso u obesidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>j) Alergias <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>k) Asma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>l) Infecciones urinarias <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>m) Dolor de estómago <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>n) Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>o) Rinitis alérgica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>12. ¿Cuántas veces al año su hijo necesita antibiótico por infección en la garganta o gripa o anginas? _____ veces al año.</p> <p>13. Si el(a) niño(a) tiene alguna otra enfermedad crónica que le haya diagnosticado un médico, especifique cual(es) _____</p> <p>14. Si el(a) niño(a) recibe algún tratamiento(s) o toma algún medicamento para alguna enfermedad crónica, especifique cual(es) _____</p> <p>15. ¿Cuántos días a la semana el(a) niño(a) realiza ejercicio físico tan intenso que lo haga respirar rápido o que sude o que se agite? Nunca <input type="checkbox"/> Menos de 3 días a la semana <input type="checkbox"/> De 3 a 5 días a la semana <input type="checkbox"/> Más de 5 días a la semana <input type="checkbox"/></p> <p>16. ¿Cuántas horas al día <u>entre semana</u> el(a) niño(a) ve televisión, usa tablet, computadora, teléfono celular o videojuegos? _____ horas al día.</p> <p>17. ¿Cuántas horas al día en <u>fin de semana o vacaciones</u> el(a) niño(a) ve televisión, usa tablet, computadora, celular o videojuegos? _____ horas al día.</p>

<p>HORAS DE SUEÑO</p> <p>17. ¿Durante la semana a qué hora se acostó a dormir el(a) niño(a)? _____ pm _____ am</p> <p>18. ¿Durante la semana a qué hora se despertó el(a) niño(a)? _____ am _____ pm</p> <p>19. ¿Durante el fin de semana a qué hora se acostó a dormir el(a) niño(a)? _____ pm _____ am</p> <p>20. ¿Durante el fin de semana a qué hora se despertó el(a) niño(a)? _____ am _____ pm</p> <p>21. ¿Cuántas horas por noche duerme el(a) niño(a) entre semana? _____ horas</p> <p>22. ¿Cuántas horas por noche duerme el(a) niño(a) en fin de semana? _____ horas</p> <p>23. ¿El(a) niño(a) duerme siesta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>24. Si el(a) niño(a) duerme siesta, ¿cuánto tiempo dura la siesta? _____ horas _____ minutos</p>

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD		MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 INER	Rev. 04
		CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
		1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez y subsecuentes.		Hoja 52 de 172



CUESTIONARIO DE PRIMERA VEZ PARA NIÑOS



CUESTIONARIO DE PRIMERA VEZ PARA NIÑOS



Señale en cada pregunta la opción que mejor describe la situación del niño(a) en relación a su sueño en los últimos 6 meses.

	Siempre 7 veces/ semana	Frecuentemente 6-4 veces/semana	Algunas veces 3-4 veces/semana	Rara vez 1-2 veces/semana	Nunca 0/semana
¿El(a) niño(a) tiene dificultad para quedarse dormido cuando se acostaba por las noches?					
¿El niño(a) se despierta en la noche y le es difícil dormirse nuevamente?					
¿El niño(a) se despierta en la madrugada y ya no puede dormir?					
¿El niño(a) duerme solo en su cama?					
¿El niño (a) va a la cama de otra persona (padres, abuelos, hermanos) a dormir porque no puede dormir solo?					
¿El niño (a) llora o se resiste para ir a dormir?					
¿El niño(a) tiene miedo de dormir en la oscuridad?					
¿El niño(a) tiene miedo de dormir solo?					
¿El niño(a) tiene dificultad para dormir fuera de casa?					
¿Con qué frecuencia el(a) niño(a) ronca?					
¿Con qué frecuencia ha notado que el niño(a) deje de respirar mientras duerme?					
¿Con qué frecuencia ha notado que el(a) niño(a) respire como si se estuviera ahogando mientras duerme?					
¿Con qué frecuencia ha tenido que cuidar al niño(a) durante la noche para ver si respira bien mientras duerme?					
¿Con qué frecuencia su hijo se orina en la cama mientras duerme?					
¿El niño suda mucho en las noches hasta mojar su ropa?					




LICENCIA SANITARIA No. 12-AM-09-012-0002

INER-CS-03 (09.2016)

	Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Nunca
¿Con qué frecuencia el niño(a) tiene sueño o se queda dormido(a) en clase?					
¿Tiene sueño o se queda dormido(a) haciendo tareas?					
¿Tiene sueño o se queda dormido(a) mientras viaja en auto o algún transporte?					
¿Qué tan frecuente el niño(a) se siente cansado(a) durante el día?					
¿Qué tan frecuente tiene dificultad para levantarse de la cama en las mañanas?					
¿Se despierta solo(a) en las mañanas?					
¿Regresa a la cama a dormir después de despertarse en las mañanas?					
¿Tiene sueño o se queda dormido(a) mientras ve televisión?					
¿El(a) niño(a) habla mientras duerme?					
¿El(a) niño(a) está inquieto(a) y se mueve mucho mientras duerme?					
¿El(a) niño(a) se despierta en la noche gritando, asustado(a) y es difícil de consolar?					
¿El(a) niño(a) tiene pesadillas?					
¿El(a) niño(a) camina dormido(a)?					
¿El(a) niño(a) dormido(a) tiene movimientos como si "actuara sus sueños"?					
¿El niño tiene dolores de crecimiento?					
¿Se queja de molestias raras en las piernas (dolor, hormigueo, comezón) al estar acostado(a) y/despuesto(a) a dormir?					
¿Estas sensaciones se alivian temporalmente cuando mueve las piernas o camina o le da masaje?					
¿Estas sensaciones ocurren más en la noche?					
¿Estas sensaciones le dificultan conciliar el sueño?					
¿Tiene temblores en las piernas o le brincan las piernas mientras duerme?					
¿Alguien en la familia ha padecido "piernas inquietas" o movimientos de las piernas mientras duerme?					
¿Rechina los dientes cuando duerme?					

LICENCIA SANITARIA No. 12-AM-09-012-0002










































INER-CS-03 (09.2016)




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez y subsecuentes.		Hoja 53 de 172

EXPLORACIÓN FÍSICA


Favor de no escribir en esta área

Peso	kg	Talla	metros	Perímetro del cuello	cm
SuO2		FC		TA	

<p style="text-align: center; font-size: small;">Explorar apertura bucal sin abatelenguas</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Clase I</td> <td>Clase II</td> <td>Clase III</td> <td>Clase IV</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">MALLAMPATI</td> </tr> </table>	Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV					MALLAMPATI				<p style="text-align: center; font-size: small;">Tamaño de las amígdalas con abatelenguas y sin arqueo</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td> <td>I</td> <td>II</td> <td>III</td> <td>IV</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">AMÍGDALAS OBSTRUCTIVAS</td> </tr> </table>	0	I	II	III	IV						AMÍGDALAS OBSTRUCTIVAS				
Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV																									
																												
MALLAMPATI																												
0	I	II	III	IV																								
																												
AMÍGDALAS OBSTRUCTIVAS																												
<p style="text-align: center; font-size: small;">Explorar apertura bucal sin abatelenguas</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Clase I</td> <td>Clase II</td> <td>Clase III</td> <td>Clase IV</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">PILARES</td> </tr> </table>	Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV					PILARES				 <p style="text-align: center; font-size: small;">Espacio cricoidal _____ cm</p>															
Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV																									
																												
PILARES																												
<p style="text-align: center; font-size: x-small;">Pterognathia test line</p> 	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Normal</td> <td style="text-align: right;">(1)</td> </tr> <tr> <td>Retrognata</td> <td style="text-align: right;">(2)</td> </tr> <tr> <td>Micrognata</td> <td style="text-align: right;">(3)</td> </tr> <tr> <td>Prognata</td> <td style="text-align: right;">(4)</td> </tr> </table>	Normal	(1)	Retrognata	(2)	Micrognata	(3)	Prognata	(4)																			
Normal	(1)																											
Retrognata	(2)																											
Micrognata	(3)																											
Prognata	(4)																											


 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez y subsecuentes.		Hoja 54 de 172

10.4 Programación de estudios INER-CS-09



PROGRAMACIÓN DE ESTUDIOS




INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
INER
DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y PARAMÉTRICOS
CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO



PROGRAMACIÓN DE ESTUDIOS

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
INER
DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y PARAMÉTRICOS
CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO

<p>NOBRE: _____</p> <p>FECHA DE NACIMIENTO: No. _____</p> <p>SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO</p> <p>EDAD: _____</p> <p>CONSULTA DE (A): _____</p> <p>RESIDENTE QUE PROGRAMA: _____</p> <p>FECHA DE ESTUDIO: _____</p> <p>TELÉFONO: _____</p> <p>OCCUPACIÓN: _____ LUGAR DE RESIDENCIA: _____</p> <p>I. DIAGNÓSTICOS: _____</p> <p>II. TIPO DE PACIENTE:</p> <p>A) ADULTO</p> <p>B) NIÑO (<13 años)</p> <p>C) OBESIDAD MORBIDA</p> <p>D) ENFERMEDAD NEUROMUSCULAR O DISCAPACIDAD (Requiere familiar acompañante? _____)</p> <p>III. TIPO DE ESTUDIO:</p> <p>A) POLISOMNOGRAFIA ESTÁNDAR NOCTURNA</p> <p style="margin-left: 20px;">- Registro basal</p> <p style="margin-left: 20px;">- Dividido</p> <p style="margin-left: 20px;">- Ventilatorio</p> <p>B) POLISOMNOGRAFIA DIURNA</p> <p>C) POLIGRAFIA RESPIRATORIA, monitor: _____</p> <p style="margin-left: 20px;">- Basal</p> <p style="margin-left: 20px;">- Con Auto CPAP</p> <p style="margin-left: 20px;">- Ventilatorio</p> <p>D) LATENCIAS MÚLTIPLES AL SUEÑO</p> <p>E) APAP Programación: _____</p> <p>IV. INDICACIONES ESPECIALES DE MONITOREO</p> <p>A) CON MEDICIÓN TC DE CO₂</p> <p>B) MONTEAJE ESPECIAL _____</p> <p>C) VIDEOPOLISOMNOGRAFIA _____</p> <p>V. ¿REQUERIRÁ O₂ SUPLE DE INICIO? NO _____ SI _____ Lv¹</p> <p>VI. PARA REGISTRO CON PAP: EQUIPO <input type="checkbox"/> del laboratorio <input type="checkbox"/> del paciente</p> <p>Modo: _____ Presiones: _____</p> <p>Otras variables: FR: _____ VOL: _____</p> <p>De BINIVEL Ti: _____ TS: _____</p> <p>VI. INDICACIONES ESPECIALES DEL MÉDICO</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p style="text-align: center;">INSTRUCTIVO DE LLENADO</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">NUMERO</th> <th style="width: 60%;">CONCEPTO</th> <th style="width: 30%;">SE ANOTARA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>AREA DE PLAQUEADO</td> <td>SE PLAQUEA CON LA TARIETA PLASTICA DEL PACIENTE</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>FECHA</td> <td>DIA, MES Y AÑO ENN QUE SE LLENA LA SOLICITUD</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>EDAD</td> <td>EDAD DEL PACIENTE</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>GENERO</td> <td>SE MARCA SI EL POIENTE ES MASCULINO O FEMENINO</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>CONSULTA DR(A):</td> <td>NOMBRE DEL MEDICO CON QUIEN TIENE PROGRAMADA LA CONSULTA</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>RESIDENTE QUE PROGRAMA</td> <td>EL NOMBRE DEL MEDICO RESIDENTE QUE PROGRAMA ES ESTUDIO</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>FECHA DE ESTUDIO</td> <td>FECHA DE DEL ESTUDIO EN CLINICA DE SUEÑO</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>TELEFONO</td> <td>TELEFONOS DEL PACIENTE</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>EPIWORTH</td> <td>RESULTADO EN PUNTOS DE SOMNOLENCIA</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>CUELLO</td> <td>MEDIDAS DEL CUELLO EN CENTIMETROS.</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>I.M.C.</td> <td>RESULTADO DE LA FORMULA DE INDICE DE MASA CORPORAL</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>HIPERTENSION</td> <td>MARCA SI EL PACIENTE ES HIPERTENSO O NO</td> </tr> <tr> <td>13</td> <td>SLEEP APNEA CLINICAL SCORE</td> <td>PROBABILIDAD QUE TIENE EL PACIENTE DE TENER APNEA DEL SUEÑO</td> </tr> <tr> <td>14</td> <td>OCCUPACION</td> <td>A QUE SE DEDICA EL PACIENTE</td> </tr> <tr> <td>15</td> <td>LUG. DE RESIDENCIA</td> <td>EL LUGAR DONDE VIVE EL PACIENTE</td> </tr> <tr> <td>16</td> <td>DIAGNOSTICO PROBABLE</td> <td>EL LA ENFERMEDAD PROBABLE DEL PACIENTE</td> </tr> <tr> <td>17</td> <td>TIPO DE PACIENTE</td> <td>SE MARCA A, B, C, SEGUN EL CASO</td> </tr> <tr> <td>18</td> <td>TIPO DE ESTUDIO</td> <td>SE MARCA EL ESTUDIO QUE SE SOLICITA</td> </tr> <tr> <td>19</td> <td>INDICACIONES PARA EL REGISTRO</td> <td>SE MARCA LA OPCION QUE CORRESPONDA AL ESTUDIO</td> </tr> <tr> <td>20</td> <td>INDICACIONES ESPECIALES DE MONITOREO</td> <td>SE MARCA LA OPCION CORRESPONDIENTE AL ESTUDIO</td> </tr> <tr> <td>21</td> <td>INDICACIONES ESPECIALES DEL MEDICO</td> <td>SE ANOTA SI EXISTE ALGUNA INDICACION PARTICULAR PARA EL ESTUDIO</td> </tr> </tbody> </table>	NUMERO	CONCEPTO	SE ANOTARA	1	AREA DE PLAQUEADO	SE PLAQUEA CON LA TARIETA PLASTICA DEL PACIENTE	2	FECHA	DIA, MES Y AÑO ENN QUE SE LLENA LA SOLICITUD	3	EDAD	EDAD DEL PACIENTE	4	GENERO	SE MARCA SI EL POIENTE ES MASCULINO O FEMENINO	5	CONSULTA DR(A):	NOMBRE DEL MEDICO CON QUIEN TIENE PROGRAMADA LA CONSULTA	6	RESIDENTE QUE PROGRAMA	EL NOMBRE DEL MEDICO RESIDENTE QUE PROGRAMA ES ESTUDIO	7	FECHA DE ESTUDIO	FECHA DE DEL ESTUDIO EN CLINICA DE SUEÑO	8	TELEFONO	TELEFONOS DEL PACIENTE	9	EPIWORTH	RESULTADO EN PUNTOS DE SOMNOLENCIA	10	CUELLO	MEDIDAS DEL CUELLO EN CENTIMETROS.	11	I.M.C.	RESULTADO DE LA FORMULA DE INDICE DE MASA CORPORAL	12	HIPERTENSION	MARCA SI EL PACIENTE ES HIPERTENSO O NO	13	SLEEP APNEA CLINICAL SCORE	PROBABILIDAD QUE TIENE EL PACIENTE DE TENER APNEA DEL SUEÑO	14	OCCUPACION	A QUE SE DEDICA EL PACIENTE	15	LUG. DE RESIDENCIA	EL LUGAR DONDE VIVE EL PACIENTE	16	DIAGNOSTICO PROBABLE	EL LA ENFERMEDAD PROBABLE DEL PACIENTE	17	TIPO DE PACIENTE	SE MARCA A, B, C, SEGUN EL CASO	18	TIPO DE ESTUDIO	SE MARCA EL ESTUDIO QUE SE SOLICITA	19	INDICACIONES PARA EL REGISTRO	SE MARCA LA OPCION QUE CORRESPONDA AL ESTUDIO	20	INDICACIONES ESPECIALES DE MONITOREO	SE MARCA LA OPCION CORRESPONDIENTE AL ESTUDIO	21	INDICACIONES ESPECIALES DEL MEDICO	SE ANOTA SI EXISTE ALGUNA INDICACION PARTICULAR PARA EL ESTUDIO
NUMERO	CONCEPTO	SE ANOTARA																																																																	
1	AREA DE PLAQUEADO	SE PLAQUEA CON LA TARIETA PLASTICA DEL PACIENTE																																																																	
2	FECHA	DIA, MES Y AÑO ENN QUE SE LLENA LA SOLICITUD																																																																	
3	EDAD	EDAD DEL PACIENTE																																																																	
4	GENERO	SE MARCA SI EL POIENTE ES MASCULINO O FEMENINO																																																																	
5	CONSULTA DR(A):	NOMBRE DEL MEDICO CON QUIEN TIENE PROGRAMADA LA CONSULTA																																																																	
6	RESIDENTE QUE PROGRAMA	EL NOMBRE DEL MEDICO RESIDENTE QUE PROGRAMA ES ESTUDIO																																																																	
7	FECHA DE ESTUDIO	FECHA DE DEL ESTUDIO EN CLINICA DE SUEÑO																																																																	
8	TELEFONO	TELEFONOS DEL PACIENTE																																																																	
9	EPIWORTH	RESULTADO EN PUNTOS DE SOMNOLENCIA																																																																	
10	CUELLO	MEDIDAS DEL CUELLO EN CENTIMETROS.																																																																	
11	I.M.C.	RESULTADO DE LA FORMULA DE INDICE DE MASA CORPORAL																																																																	
12	HIPERTENSION	MARCA SI EL PACIENTE ES HIPERTENSO O NO																																																																	
13	SLEEP APNEA CLINICAL SCORE	PROBABILIDAD QUE TIENE EL PACIENTE DE TENER APNEA DEL SUEÑO																																																																	
14	OCCUPACION	A QUE SE DEDICA EL PACIENTE																																																																	
15	LUG. DE RESIDENCIA	EL LUGAR DONDE VIVE EL PACIENTE																																																																	
16	DIAGNOSTICO PROBABLE	EL LA ENFERMEDAD PROBABLE DEL PACIENTE																																																																	
17	TIPO DE PACIENTE	SE MARCA A, B, C, SEGUN EL CASO																																																																	
18	TIPO DE ESTUDIO	SE MARCA EL ESTUDIO QUE SE SOLICITA																																																																	
19	INDICACIONES PARA EL REGISTRO	SE MARCA LA OPCION QUE CORRESPONDA AL ESTUDIO																																																																	
20	INDICACIONES ESPECIALES DE MONITOREO	SE MARCA LA OPCION CORRESPONDIENTE AL ESTUDIO																																																																	
21	INDICACIONES ESPECIALES DEL MEDICO	SE ANOTA SI EXISTE ALGUNA INDICACION PARTICULAR PARA EL ESTUDIO																																																																	

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez y subsecuentes.		Hoja 55 de 172

**10.5 Registro de consultas subsecuentes
INER-CS-10**




REGISTRO DE CONSULTAS SUBSECUENTES



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COSÍO VILLEGAS
DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y PARAMÉDICOS
CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO

No. BD _____

FECHA	EDAD	PESO	CUELLO	EPWORTH	FECHA DE INICIO DE USO	PRESIÓN	APEGO NOCHES/HORAS	O ₂	

INER-CS-10(08-2015)




REGISTRO DE CONSULTAS SUBSECUENTES






INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COSÍO VILLEGAS
DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y PARAMÉDICOS
CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO


No. BD _____

FECHA	EDAD	PESO	CUELLO	EPWORTH	FECHA DE INICIO DE USO	PRESIÓN	APEGO NOCHES/HORAS	O ₂	

INER-CS-10(08-2015)

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez y subsecuentes.		Hoja 56 de 172

10.6 Indicaciones para poligrafía respiratoria durante el sueño INER-CS-11



INDICACIONES PARA POLIGRAFÍA RESPIRATORIA DURANTE EL SUEÑO

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
POSITAL COBDO VILLEGAS
Dirección Médica
Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Paramédicos
Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño

USTED FUE PROGRAMADO PARA ESTUDIO DE SUEÑO

Es muy importante que siga estas indicaciones:

I. Para confirmar su asistencia, debe **PAGAR UN MES ANTES** de la fecha programada y entregar inmediatamente el comprobante a la recepción de la clínica. El límite para entregar el recibo de pago es una semana antes del estudio, de lunes a viernes de 8:00 a 14:00 horas.

II. Si usted vive fuera del área metropolitana, puede pagar el mismo día del estudio, pero deberá confirmar vía telefónica su asistencia una semana antes al teléfono: 01 55 56 66 86 40.

SI NO CONFIRMA SU ESTUDIO QUEDARÁ CANCELADO

III. **COMO ACUDIR:**

- Al llegar al INER, es necesario que muestre su carnet o solicitud de estudio con el registro de la cita programada. Una vez en la clínica de sueño **toque el timbre** para avisar de su llegada y espere indicaciones del personal.
- Le pedimos sea puntual, **NO HAY TOLERANCIA**. El estudio es simple, cómodo y sin riesgos. Un técnico lo recibirá y le será asignada una recámara individual. Posteriormente, le colocarán varios sensores, entre ellos uno en el cuello y otro en un dedo de la mano. Es importante que siga las indicaciones que se describen para poder realizar su estudio adecuadamente.
- Deberá tomar previamente un baño.

Se prohíbe introducir alimentos en la habitación, sólo podrá ingresar una botella de agua. Tome alimentos ligeros antes de acudir. No debe ingerir café, té, chocolate, bebidas de cola o alcohólicas.

- No debe traer uñas postizas, ni con esmalte.

IV. **QUE DEBE TRAER:**




- Durante su estudio niños y adultos deben usar pijama de 2 piezas con abertura o botones al frente. Por higiene **NO** se le permitirá dormir con la ropa que trae puesta. Sólo en caso de frío se le permitirá un suéter. No olvide traer sus artículos de higiene personal (cepillo de dientes, pasta, sandalias, etcétera).

- Evite traer objetos de valor ya que el servicio no se hace responsable por pérdidas. El teléfono celular debe permanecer **APAGADO** a partir de que ingrese a su estudio.
- Si toma medicamentos debe traerlos (sólo si su médico se lo indica puede suspenderlos). El técnico no tiene acceso a ninguna clase de medicamentos.
- Sus familiares no podrán acompañarlo durante el estudio excepto si se trata de menores de edad, adultos mayores o con capacidades diferentes. Los familiares no podrán ingerir alimentos, sentarse en la cama, ni utilizar aparatos electrónicos en la habitación del paciente.
- Si el estudio será realizado con **EQUIPO DE SU PROPIEDAD (CPAP/BINIVEL)**, deberá traerlo, así como todos sus accesorios ya que el laboratorio no cuenta con equipos para tratamiento.

Durante su estudio deberá mostrar respeto hacia el personal que lo atiende.

- Ocasionalmente por motivos ajenos a nuestro control debemos posponer algunos estudios, en tal caso nos comunicaremos oportunamente con usted, le pedimos que proporcione sus números de teléfono correctos.
- La interpretación de su estudio lleva de 2 a 3 semanas, por lo que los resultados se proporcionarán según sea el caso en:
 - Cita médica programada
 - Enviados a la institución donde es atendido
 - Expediente clínico del INER.
- Si requiere albergue diríjase al departamento de Trabajo Social.

Todas estas indicaciones son necesarias para realizar un estudio, la falta de cumplimiento en cualquiera de las condiciones descritas ocasionará la cancelación de su estudio, aun cuando usted ya se encuentre en las instalaciones y haya pagado.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez y subsecuentes.		Hoja 57 de 172

10.7 Indicaciones de estudios de polisomnografía INER-CS-20

12. Sus familiares no podrán acompañarlo durante el estudio excepto si se trata de menores de edad, adultos mayores o con capacidades diferentes. Los familiares no podrán ingerir alimentos, sentarse en la cama, ni utilizar aparatos electrónicos en la habitación del paciente.



13. Es posible que durante la noche se le coloque una mascarilla en la nariz y/o boca para que respire mejor, el técnico le explicará en su momento.



- Durante su estudio deberá mostrar respeto hacia el personal que lo atiende.
- Ocasionalmente por motivos ajenos a nuestro control debemos posponer algunos estudios, en tal caso nos comunicaremos oportunamente con usted, le pedimos que proporcione sus números de teléfono correctos.
- La interpretación de su estudio lleva de 2 a 3 semanas, por lo que los resultados se proporcionarán según sea el caso en:
 - Cita médica programada
 - Enviados a la institución donde es atendido
 - Expediente clínico del INER.
- Si requiere albergue diríjase al departamento de Trabajo Social.

Todas estas indicaciones son necesarias para realizar un estudio, la falta de cumplimiento en cualquiera de las condiciones descritas ocasionará la cancelación de su estudio, aun cuando usted ya se encuentre en las instalaciones y haya pagado.



INDICACIONES DE ESTUDIO DE POLISOMNOGRAFÍA






DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y PARAMÉDICOS
CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO

SÍ USTED FUE PROGRAMADO PARA ESTUDIO DE SUEÑO

Es muy importante que siga estas indicaciones:

1. Para confirmar su asistencia, debe **PAGAR UN MES ANTES** de la fecha programada y entregar inmediatamente el comprobante a la recepción de la clínica. El límite para entregar el recibo de pago es una semana antes del estudio, de lunes a viernes de 8:00 a 14:00 horas.
 - Si usted vive fuera del área metropolitana, puede pagar el mismo día del estudio, pero deberá confirmar vía telefónica su asistencia una semana antes al teléfono: 01 55 56 66 86 40
 - Si por alguna causa no puede asistir, deberá llamar para cancelar y acudir a reprogramar su cita y pago, de acuerdo a la disponibilidad.
 - La Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño es un servicio de referencia nacional por lo que la lista de espera para consulta y estudios es prolongada, si su estudio es cancelado el espacio deberá ser ocupado por otro paciente.

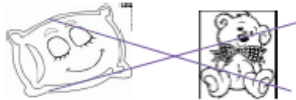
SI NO CONFIRMA SU ESTUDIO QUEDARÁ CANCELADO

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez y subsecuentes.		Hoja 58 de 172

2. **Sí** su estudio fue programado para realizarse por la mañana es indispensable que **NO DUERMA TODA LA NOCHE ANTERIOR**.
3. Al llegar al INER, es necesario que muestre su carnet o solicitud de estudio con el registro de la cita programada.
Una vez en la clínica de sueño **toque el timbre** para avisar de su llegada y espere indicaciones del personal
4. Le pedimos que sea puntual, **NO HAY TOLERANCIA**. La preparación al estudio requiere de al menos 1 hora para que usted se pueda acostar a dormir. Se le colocarán una serie de cables en cabeza, cara, tórax, abdomen, piernas. Algunos de ellos son un poco molestos al momento de colocarlos, pero son necesarios para poder realizar su estudio.
5. Higiene personal: **DEBE BAÑARSE DE 2 A 3 HORAS ANTES DEL ESTUDIO**.
Los hombres deben presentarse afeitados, sin barba ni bigote.
Las mujeres deben venir sin maquillaje, uñas postizas, sin esmalte y sin haberse teñido el cabello por lo menos 15 días antes.



6. Recuerde que después del baño **NO DEBE** aplicar crema o maquillaje en la piel, no use ningún producto para el cabello (gel, spray, etcétera) ya que esto interfiere con la calidad de su estudio.
7. **NO** se permite que traiga almohada o, ropa de cama, en caso de niños **NO** se permite traer juguetes.



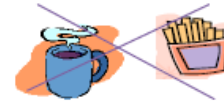
8. Evite traer objetos de valor ya que el servicio no se hace responsable por pérdidas. El teléfono celular debe permanecer **APAGADO** a partir de que ingrese a su estudio.



9. Durante su estudio niños y adultos deben usar pijama de 2 piezas con abertura o botones al frente. Por higiene **NO** se le permitirá dormir con la ropa que trae puesta. Sólo en caso de frío se le permitirá un suéter. No olvide traer sus artículos de higiene personal (cepillo de dientes, pasta, sandalias, etcétera).






10. Se prohíbe Introducir alimentos en la habitación, sólo podrá ingresar una botella de agua.
Tome alimentos ligeros antes de acudir. No debe ingerir café, té, chocolate, bebidas de cola o alcohólicas.



11. Si toma medicamentos debe traerlos (sólo si su médico se lo indica puede suspenderlos). El técnico no tiene acceso a ninguna clase de medicamentos



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez y subsecuentes.		Hoja 59 de 172

10.8 Formato único de consentimiento bajo información INER-CEECL-01

CONSENTIMIENTO INFORMADO
(Autorización de procedimientos diagnósticos, médicos, quirúrgicos menores, invasivos y de rehabilitación. De Acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Capítulo IV, Art. 82, 83, 84 y 85 y a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-S3A3-2012, Del Expediente Clínico, numeradas 4.2 y 10.1.)

Talpan, Ciudad de México, a _____ de _____ de _____ de _____

Nombre completo del paciente	Año/Mes/Día	No. De Expediente
------------------------------	-------------	-------------------

Información: Con motivo de la atención médica que se encuentra Usted recibiendo por su problema de _____ su médico(a) tratante (_____) ha determinado que se requiere de la realización de un procedimiento: () diagnóstico, () médico, () quirúrgico menor, () invasivo, () rehabilitación que aquí se indican.

El médico tratante debe describir el procedimiento, tipo de estudio o el tratamiento a realizar, así como los **beneficios** esperados y los **riesgos** inherentes:

Consentimiento: Yo _____ en mi carácter de _____, hago constar que me fue explicado en forma verbal, sin presión alguna, de manera clara, sencilla y completa sobre el probable diagnóstico, el pronóstico y tratamiento de la enfermedad en cuestión y autorizo libremente la realización de él(los) procedimiento(s) diagnóstico (s), médico(s), quirúrgico(s), invasivos y/o de rehabilitación que aquí se indican, sabiendo el(los) diagnóstico(s) probable(s) o diagnóstico confirmado de _____.

Me explicaron los beneficios esperados así como los riesgos potenciales y posibles complicaciones de los procedimientos antes mencionados. Estoy enterado(a) de que cualquier procedimiento o administración de medicamentos representa un riesgo de complicaciones, pero que el beneficio redundará en un diagnóstico y tratamiento adecuado de mi problema médico. Tomando en cuenta lo anterior y en pleno uso de mis facultades determino que:

- SI AUTORIZO al equipo de salud del INER a que realicen los procedimientos antes señalados.
- NO AUTORIZO, los procedimientos propuestos aún sabiendo las consecuencias y riesgos de mi determinación, eximiendo de toda responsabilidad al INER

Nombre completo del paciente, familiar cercano, persona responsable o representante legal		Firma y/o huella digital
---	--	--------------------------

TESTIGO	TESTIGO
Nombre y firma/ huella digital	Nombre y firma/ huella digital
Nombre del médico tratante	Cédula Profesional
	Firma

En caso de cambiar de opinión, podrá ser revocado el consentimiento de todos o alguno de los procedimientos señalados en cualquier momento, registrando la determinación en el reverso de este documento. En caso de que el paciente, persona responsable o tutor legal del mismo no sepan leer o escribir, deberán plasmar su huella digital. La revocación de este documento no condicionará la prestación de servicios de atención médica.

CONSENTIMIENTO INFORMADO
(Autorización de procedimientos diagnósticos, médicos, quirúrgicos menores, invasivos y de rehabilitación. De Acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Capítulo IV, Art. 82, 83, 84 y 85 y a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-S3A3-2012, Del Expediente Clínico, numeradas 4.2 y 10.1.)




PARA LA REVOCACIÓN

Yo en mi carácter de paciente, familiar ó responsable legal del paciente, revoco el consentimiento autorizado previamente en este formato y declaro que entiendo y acepto los riesgos y posibles consecuencias derivadas de la falta de realización del procedimiento(s) diagnóstico (s), médico(s), quirúrgico(s), invasivos y/o de rehabilitación planteado.


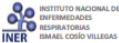



Revoco el consentimiento para _____




Nombre del paciente, familiar responsable ó representante legal que revoca	Firma y/o huella digital	Día	Mes	Año
--	--------------------------	-----	-----	-----

Este documento deberá ser elaborado en original, sin abreviaturas, enmendaduras o tachaduras e integrarse al expediente clínico del paciente. Cada vez que sea necesaria la autorización de algún procedimiento diagnóstico, médico, quirúrgico, invasivo o rehabilitación al paciente, deberá de elaborarse un Consentimiento Informado.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez y subsecuentes.		Hoja 60 de 172

10.9 Notas de consulta externa INER-CE-11

 NOTA DE PRECONSULTA	 NOTA DE PRECONSULTA																																																																																							
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">FECHA DE ELABORACIÓN</td> <td colspan="2">FECHA DE NACIMIENTO (AÑO/MES/DÍA)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">NOMBRE DEL PACIENTE</td> </tr> <tr> <td>GÉNERO. M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></td> <td>EDAD</td> <td>NÚMERO DE HISTORIA</td> <td>NÚMERO DE EXPEDIENTE</td> </tr> <tr> <td colspan="4">ANTECEDENTES</td> </tr> <tr> <td colspan="4">FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD PULMONAR</td> </tr> <tr> <td>TABAQUISMO</td> <td>CIGARROS POR DÍA</td> <td>AÑOS DE FUMAR</td> <td>L. TABÁQUICO PAQ/AÑO</td> </tr> <tr> <td>HUMO DE LEÑA</td> <td>HORAS DÍA</td> <td>AÑOS DE EXPOSICIÓN</td> <td>L. HUMO LEÑA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">OTROS (ESPECIFICAR)</td> <td colspan="2">CONVIVENCIA CON AVES</td> </tr> <tr> <td colspan="4">COMORBILIDAD</td> </tr> <tr> <td colspan="4">FACTORES DE RIESGO PARA ASMA O ENFERMEDADES PULMONARES PERINATALES</td> </tr> <tr> <td colspan="2">SOMETIDO A VENTILACIÓN:</td> <td colspan="2">DEPENDIENTE DE OXÍGENO:</td> </tr> <tr> <td>PELLUCHES:</td> <td>ALFOMBRAS:</td> <td>ZOONOSIS:</td> <td>TABAQUISMO PASIVO:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">HUMEDAD:</td> <td colspan="2">ALIMENTOS ALERGÉNICOS ANTES DEL AÑO:</td> </tr> <tr> <td colspan="4">SIGNOS VITALES</td> </tr> <tr> <td>PESO KG</td> <td>TALLA M</td> <td>IMC</td> <td>PERÍMETRO DEL CUELLO (OBESIDAD) CM</td> </tr> <tr> <td>FR X'</td> <td>FC X'</td> <td>TA / mmHg</td> <td>TEMP. °C SpO2 %</td> </tr> <tr> <td colspan="4">PADECIMIENTO ACTUAL (MOTIVO DE CONSULTA, SINTOMATOLOGÍA, EVOLUCIÓN, TRATAMIENTOS)</td> </tr> </table>	FECHA DE ELABORACIÓN		FECHA DE NACIMIENTO (AÑO/MES/DÍA)		NOMBRE DEL PACIENTE				GÉNERO. M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	EDAD	NÚMERO DE HISTORIA	NÚMERO DE EXPEDIENTE	ANTECEDENTES				FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD PULMONAR				TABAQUISMO	CIGARROS POR DÍA	AÑOS DE FUMAR	L. TABÁQUICO PAQ/AÑO	HUMO DE LEÑA	HORAS DÍA	AÑOS DE EXPOSICIÓN	L. HUMO LEÑA	OTROS (ESPECIFICAR)		CONVIVENCIA CON AVES		COMORBILIDAD				FACTORES DE RIESGO PARA ASMA O ENFERMEDADES PULMONARES PERINATALES				SOMETIDO A VENTILACIÓN:		DEPENDIENTE DE OXÍGENO:		PELLUCHES:	ALFOMBRAS:	ZOONOSIS:	TABAQUISMO PASIVO:	HUMEDAD:		ALIMENTOS ALERGÉNICOS ANTES DEL AÑO:		SIGNOS VITALES				PESO KG	TALLA M	IMC	PERÍMETRO DEL CUELLO (OBESIDAD) CM	FR X'	FC X'	TA / mmHg	TEMP. °C SpO2 %	PADECIMIENTO ACTUAL (MOTIVO DE CONSULTA, SINTOMATOLOGÍA, EVOLUCIÓN, TRATAMIENTOS)				<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>EXPLORACIÓN FÍSICA</td> </tr> <tr> <td>RADIO GRAFÍA DE TÓRAX (DESCRIBIR DATOS POSITIVOS)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">  </td> </tr> <tr> <td>ESPIROMETRÍA</td> </tr> <tr> <td>FVC lt % FEV1 lt % FEV1/FVC</td> </tr> <tr> <td>OTROS PARÁMETROS</td> </tr> <tr> <td>IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA</td> </tr> <tr> <td>1.</td> </tr> <tr> <td>2.</td> </tr> <tr> <td>3.</td> </tr> <tr> <td>REQUIERE DE CONTROL EN EL INER</td> </tr> <tr> <td>PRIMERA VEZ SUBSECUENTE CLÍNICA</td> </tr> <tr> <td>ACTUALMENTE NO REQUIERE CONTROL EN EL INER, SE REFIERE A</td> </tr> <tr> <td>HOSPITAL GENERAL</td> </tr> <tr> <td>CENTRO DE SALUD</td> </tr> <tr> <td>OTROS</td> </tr> <tr> <td>OBSERVACIONES Y TRATAMIENTO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Cédula profesional</td> </tr> </table>	EXPLORACIÓN FÍSICA	RADIO GRAFÍA DE TÓRAX (DESCRIBIR DATOS POSITIVOS)		ESPIROMETRÍA	FVC lt % FEV1 lt % FEV1/FVC	OTROS PARÁMETROS	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA	1.	2.	3.	REQUIERE DE CONTROL EN EL INER	PRIMERA VEZ SUBSECUENTE CLÍNICA	ACTUALMENTE NO REQUIERE CONTROL EN EL INER, SE REFIERE A	HOSPITAL GENERAL	CENTRO DE SALUD	OTROS	OBSERVACIONES Y TRATAMIENTO	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE	Cédula profesional
FECHA DE ELABORACIÓN		FECHA DE NACIMIENTO (AÑO/MES/DÍA)																																																																																						
NOMBRE DEL PACIENTE																																																																																								
GÉNERO. M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	EDAD	NÚMERO DE HISTORIA	NÚMERO DE EXPEDIENTE																																																																																					
ANTECEDENTES																																																																																								
FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD PULMONAR																																																																																								
TABAQUISMO	CIGARROS POR DÍA	AÑOS DE FUMAR	L. TABÁQUICO PAQ/AÑO																																																																																					
HUMO DE LEÑA	HORAS DÍA	AÑOS DE EXPOSICIÓN	L. HUMO LEÑA																																																																																					
OTROS (ESPECIFICAR)		CONVIVENCIA CON AVES																																																																																						
COMORBILIDAD																																																																																								
FACTORES DE RIESGO PARA ASMA O ENFERMEDADES PULMONARES PERINATALES																																																																																								
SOMETIDO A VENTILACIÓN:		DEPENDIENTE DE OXÍGENO:																																																																																						
PELLUCHES:	ALFOMBRAS:	ZOONOSIS:	TABAQUISMO PASIVO:																																																																																					
HUMEDAD:		ALIMENTOS ALERGÉNICOS ANTES DEL AÑO:																																																																																						
SIGNOS VITALES																																																																																								
PESO KG	TALLA M	IMC	PERÍMETRO DEL CUELLO (OBESIDAD) CM																																																																																					
FR X'	FC X'	TA / mmHg	TEMP. °C SpO2 %																																																																																					
PADECIMIENTO ACTUAL (MOTIVO DE CONSULTA, SINTOMATOLOGÍA, EVOLUCIÓN, TRATAMIENTOS)																																																																																								
EXPLORACIÓN FÍSICA																																																																																								
RADIO GRAFÍA DE TÓRAX (DESCRIBIR DATOS POSITIVOS)																																																																																								
																																																																																								
ESPIROMETRÍA																																																																																								
FVC lt % FEV1 lt % FEV1/FVC																																																																																								
OTROS PARÁMETROS																																																																																								
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA																																																																																								
1.																																																																																								
2.																																																																																								
3.																																																																																								
REQUIERE DE CONTROL EN EL INER																																																																																								
PRIMERA VEZ SUBSECUENTE CLÍNICA																																																																																								
ACTUALMENTE NO REQUIERE CONTROL EN EL INER, SE REFIERE A																																																																																								
HOSPITAL GENERAL																																																																																								
CENTRO DE SALUD																																																																																								
OTROS																																																																																								
OBSERVACIONES Y TRATAMIENTO																																																																																								
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE																																																																																								
Cédula profesional																																																																																								
LICENCIA SANITARIA No. 12-AM-09-012-0002 INER-CE-11 (09.2015)	LICENCIA SANITARIA No. 12-AM-09-012-0002 INER-CE-11 (09.2015)																																																																																							

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez y subsecuentes.		Hoja 62 de 172




**10.11 Escala de Morse
INER-CS-22**



ESCALA DE MORSE



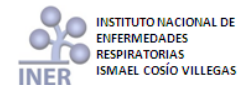
Nombre completo del paciente			Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día)		Edad
Género	Peso/Talla	Religión	Expediente	Clasificación	
Marque la respuesta de la valoración y al final sume los puntos otorgados. Para obtener el resultado verifique la respuesta *					
Parámetros		Respuesta		Puntos	
1. Antecedentes de caídas recientes o en los últimos 3 meses		No Si		0 25	
2. Diagnóstico secundario		No Si		0 15	
3. Ayuda para la deambular		Reposo en cama, ayuda del personal de salud Muletas, bastón, andadera Muebles		0 15 30	
4. Catéteres IV/Vía Heparinizada		No Si		0 20	
5. Equilibrio/Traslado		Normal, reposo en cama, inmóvil Débil Alterado		0 10 20	
6. Estado mental		Orientado según las posibilidades Olvida sus limitaciones		0 15	
*Sin riesgo (24 o menos)		Bajo riesgo (25 a 50)		Alto riesgo (más de 50)	
Médico tratante		Fecha de elaboración de la valoración			
Nombre, firma y cédula profesional		INER-CS-22 (06.2016)			

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	1. Procedimiento para la atención de pacientes de preconsulta, primera vez y subsecuentes.		Hoja 63 de 172

**10.12 Hoja de control para pacientes sin expediente clínico
INER-CS-24**





**HOJA DE CONTROL PARA PACIENTES SIN
NÚMERO DE EXPEDIENTE**





DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y PARAMÉDICOS
CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO

Nombre completo del paciente				
Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día)			No. de Historia/No. de Registro	
FECHA DE CONSULTA	HORA	CONS./EST	MEDICO/DÍA	OBSERVACIONES

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	2. Procedimiento para la atención especializada en la unidad de trastornos neuromusculares y alteraciones de la caja torácica		Hoja 64 de 172

2. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN LA UNIDAD DE TRASTORNOS NEUROMUSCULARES Y ALTERACIONES DE LA CAJA TORÁCICA

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	2. Procedimiento para la atención especializada en la unidad de trastornos neuromusculares y alteraciones de la caja torácica		Hoja 65 de 172

1.0 PROPÓSITO




- 1.1 Dar atención, tratamiento y seguimiento oportuno a pacientes con enfermedades neuromusculares y alteraciones de la caja torácica con alteraciones asociadas a una serie de enfermedades respiratorias.

2.0 ALCANCE




- 2.1 A nivel interno, el procedimiento es aplicable a la Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a todo el personal multidisciplinario que interviene en el procedimiento.

3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS




- 3.1 El Personal adscrito a la Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño es el responsable de cumplir este procedimiento y mantenerlo actualizado.
- 3.2 Todo el personal adscrito a las áreas deben mantener una conducta ética y de trato profesional para con los pacientes y con todo el personal del Instituto en cumplimiento al Código de Ética Institucional.
- 3.3 Todo el personal deberá portar sin excusa, la credencial institucional para su fácil identificación dentro de las instalaciones del Instituto, asimismo el personal ambulatorio, rotante, de servicio social y/o que esté realizando prácticas profesionales deberá portar la identificación correspondiente en todo momento.
- 3.4 Los pacientes que soliciten la atención especializada en la Unidad de Trastornos Neuromusculares y Alteraciones de la Caja Torácica podrán ser referidos de los servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización mediante el formato de interconsulta INER-EC-08.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	2. Procedimiento para la atención especializada en la unidad de trastornos neuromusculares y alteraciones de la caja torácica		Hoja 66 de 172




- 3.5 El personal de la Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño, está comprometido a actualizar sus conocimientos para desarrollar con calidad, eficacia y eficiencia sus funciones, conforme a sus habilidades, destrezas y experiencia.
- 3.6 Para otorgar las consultas, es necesario realizar la solicitud de expedientes clínicos en el área de Registros Médicos, 72 horas antes de la consulta y la carpeta del paciente una semana antes.
- 3.7 Para cita de preconsulta a la Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño el paciente debe realizar la solicitud directamente en el Módulo de Preconsulta del Instituto.
- 3.8 Para la cita de primera vez los pacientes podrán ser referidos por el Servicio de Consulta Externa de neumología, otorrinolaringología o neumología pediátrica, por interconsulta de otro servicio del Instituto o por referencia directa.
- 3.9 La recepción de la Clínica recibe únicamente, solicitudes debidamente requisitadas, con datos completos del paciente y firmas de solicitud y autorización.
- 3.10 En el caso de solicitudes de interconsulta a pacientes de otras instituciones de salud, la Clínica informará a la unidad solicitante, que es necesario que el paciente se encuentre en condiciones estables para la realización del estudio, de preferencia se indica que el paciente solicite la preconsulta para valorar la necesidad de atención en la misma.
- 3.11 Las citas para preconsulta en la Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño se darán de manera presencial en el Módulo de Preconsulta, al programar la cita el personal administrativo del módulo entregará al paciente el cuestionario de hábitos de sueño y le indicara que es necesario sea llenado y entregado el día de su consulta. En caso de pacientes foráneos podrán ser programadas solicitando se presenten 1 hora antes de la cita para el llenado del Cuestionario de hábitos de sueño.
- 3.12 Los pacientes que acudan de instituciones públicas o privadas de salud deben ser referidos con un documento en donde se indique el diagnóstico, por lo cual deben dirigirse al Módulo de Preconsulta en donde se les expedirá una orden de pago, con el número de historia y se les entregará el Cuestionario de hábitos de sueño.
- 3.13 La preconsulta se programará de lunes a jueves en los horarios: 08:00, 08:20 y 08:40.
- 3.14 La Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño atenderá a pacientes a partir de 1 año de edad.
- 3.15 En caso de que el paciente de preconsulta lo requiera, el médico solicitará la cita de primera vez a psiquiatría especializada en trastornos del sueño, la cual se programará de acuerdo a la agenda del interconsultante.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	2. Procedimiento para la atención especializada en la unidad de trastornos neuromusculares y alteraciones de la caja torácica		Hoja 67 de 172




- 3.16 Para recibir la consulta deberá presentar comprobante de pago, carnet de citas u hoja de preconsulta y el cuestionario de hábitos de sueño debidamente contestado, ya que es requisito indispensable para la atención en la Clínica.
- 3.17 Para los pacientes que participen en un protocolo de investigación se debe registrar el número de protocolo otorgado por el Comité de Ética en Investigación y en Comité de Investigación, por lo que no deberán realizar ningún pago, a menos que la Clínica así lo refiera o que el paciente ya no sea participante del protocolo.
- 3.18 Para la realización de la consulta en menores de edad y pacientes con discapacidad se requiere que sean acompañados en todo momento por un adulto (padre, madre o tutor) responsable del paciente.
- 3.19 Los pacientes de preconsulta deben presentarse 30 minutos antes de la hora de su cita para registrarse en el módulo, a excepción de los foráneos que deben llegar una hora antes. En el caso de pacientes de primera vez o subsecuentes deben presentarse en la recepción de la Clínica 10 minutos antes con el pago previamente realizado.
- 3.20 Los estudios que realiza la Clínica solo pueden ser indicados por los médicos adscritos a la misma.
- 3.21 El personal médico adscrito a la Clínica debe dar información clara y precisa al paciente sobre su padecimiento, estudio y tratamiento.
- 3.22 En el desarrollo de la cita de preconsulta o de primera vez, el médico requisitará el formato Escala de Morse, misma que será verificada por el personal técnico antes de llevar a cabo el estudio de sueño.
- 3.23 Una vez realizada la consulta, el médico indicará al paciente si es candidato o no para la realización del estudio de sueño. En caso de que el estudio sea necesario, se programará de acuerdo a la Agenda de programación de estudios de la Clínica.
- 3.24 El personal de la recepción de la Clínica es el responsable de integrar las carpetas para los estudios de sueño, previa confirmación del mismo, con los siguientes documentos:
- 3.24.1 Recibo de pago.
 - 3.24.2 Programación de estudios.
 - 3.24.3 Consentimiento informado.
 - 3.24.4 Nota de preconsulta o Nota médica según sea el caso.
 - 3.24.5 Cuestionario de hábitos de sueño (niños o adultos).
 - 3.24.6 Hoja de referencia.
 - 3.24.7 Documentos de la Oficina de Convenios, cuando así aplique.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	2. Procedimiento para la atención especializada en la unidad de trastornos neuromusculares y alteraciones de la caja torácica		Hoja 68 de 172




- 3.25 Una vez integradas las carpetas el personal de recepción de la Clínica las entregará a la Coordinadora del Laboratorio del Sueño y la lista de pacientes que se presentarán al estudio, con 72 horas de anticipación.
- 3.26 La hoja de programación del registro de estudios debe ser actualizada por el personal de la recepción con los estudios a realizar y el registro de pacientes que se presentarán por día, debiendo colocarla en el pizarrón que se encuentra a la entrada del Laboratorio de sueño.
- 3.27 El personal de la Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño, debe participar de las actividades de enseñanza y entrenamiento del personal médico y técnico rotante por el servicio.
- 3.28 Para las citas de primera vez la Clínica recibirá a pacientes de consulta externa de las especialidades troncales que soliciten interconsulta y a los pacientes de primera vez atendidos en preconsulta de la Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño para la revisión de resultados del estudio del sueño.
- 3.29 Si después de la consulta de primera vez para los pacientes de la Clínica, el médico considera que no es necesario realizar otro estudio o continuar con la atención por parte de la Clínica el paciente podrá ser dado de alta de la misma y continuar con su atención en la especialidad de origen.
- 3.30 En caso de ser paciente externo, si después de la consulta de primera vez o subsecuente el médico determina que no es necesario continuar con su atención, este lo dará de alta de la Clínica entregando el reporte del estudio para que continúe su atención en su institución de referencia.
- 3.31 Los médicos deben entregar al personal de la recepción de la clínica el formato *Registro de consultas subsecuentes* INER-CS-10 de los pacientes que atienden en consulta, para que este sea entregado al Departamento de Bioestadística, Admisión Hospitalaria y Registros Médicos.
- 3.32 Si después de la consulta subsecuente, el médico considera que no es necesario realizar otro estudio o continuar con la atención por parte de la Clínica el paciente podrá ser dado de alta de la misma y continuar con su atención en la especialidad de origen.
- 3.33 Para los pacientes de protocolo, estos participarán cubriendo las características y requisitos que el responsable del mismo describan, programando el estudio del sueño y consultas de acuerdo a la vigencia y requerimientos del mismo.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	2. Procedimiento para la atención especializada en la unidad de trastornos neuromusculares y alteraciones de la caja torácica		Hoja 69 de 172

- 3.34 El personal de la Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño, deberá participar de las actividades de enseñanza y entrenamiento del personal médico y técnico rotante por el servicio.
- 3.35 Evaluación clínica: Esta evaluación clínica tiene como principal objetivo la identificación de pacientes en condiciones avanzadas del trastorno respiratorio que sustenten la indicación para el inicio de la Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI) en forma inmediata.
- 3.35.1 Exploración física completa con énfasis en la mecánica de los músculos respiratorios: Uso de músculos accesorios de la respiración, disociación toracoabdominal en posición sedente y decúbito supino.
- 3.35.2 Hipoventilación diurna: CO₂ de 38 mmHg o mayor, este valor ha sido ajustado a nuestra altitud. Obtenido por medio de medición invasiva (gasometría arterial) o no invasiva (Bióxido de carbono al final de la exhalación).
- 3.35.3 En caso de contar con pruebas de función respiratoria que cumplan con criterios de calidad fisiológica, identificar los siguientes como Indicación de que el paciente requiere el inicio de la VMNI: 40% del predicho o menos de capacidad vital, o bien presión inspiratoria máxima de 40 cmH₂O o menor.
- 3.36 Si el paciente no tiene indicación evidente para el inicio de VMNI, se deberá evaluar la necesidad de realizar una evaluación con algún paraclínico:
- 3.36.1 Se deberán interrogar cuidadosamente los síntomas de algún trastorno Respiratorio del Dormir (TRD): Cefalea matutina, ortopnea, despertares asfíxicos, sueño no reparador, ronquido habitual.
- 3.36.2 Pruebas de función respiratoria en condiciones de riesgo: Capacidad vital entre 40 y 60% del predicho, PIMax entre 40 y 60 cmH₂O.
- 3.37 En caso de que el paciente no cuente con alguna de las condiciones descritas en la anterior, debe proceder de la siguiente forma:
- 3.37.1 En caso de enfermedades degenerativas, llevar a cabo seguimiento clínico y con pruebas de función respiratoria de acuerdo a las siguiente directrices:
- 3 meses en caso de enfermedades de progresión rápida.
 - 6 meses en caso de enfermedades de progresión lenta y variable.
- 3.37.2 Si el paciente no cuenta con una enfermedad con riesgo de progresión respiratoria, podrá considerarse su egreso de la Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño.




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	2. Procedimiento para la atención especializada en la unidad de trastornos neuromusculares y alteraciones de la caja torácica		Hoja 70 de 172

- 3.38 Si el paciente si cubre las características descritas en la política 3.22 deberá solicitarse una Polisomnografía basal con medición de bióxido de carbono transcutáneo para la correcta identificación de algún TRD.
- 3.39 De identificar un TRD, se prescribirá un equipo de presión positiva para tal efecto y se hará el seguimiento de acuerdo a la política 3.26.
- 3.40 Pruebas de función respiratoria en condiciones de riesgo: Capacidad vital entre 40 y 60% del predicho, PIMax entre 40 y 60 cmH₂O. En caso de que el médico considere pertinente una prueba semanal terapéutica, podrá proveerse un equipo de la Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio, de acuerdo al procedimiento de atención de la Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio.
- 3.41 En caso de no identificar TRD, deberá continuar la vigilancia del paciente, de acuerdo a lo descrito en la política 3.23.
- 3.42 Si el paciente no logra obtener su equipo de presión positiva, quedará con cita abierta al Clínica.
- 3.43 Si el paciente no tiene indicación evidente para el inicio de VMNI, se deberá evaluar la necesidad de realizar una evaluación con algún paraclínico:
- 3.43.1 Se deberán interrogar cuidadosamente los síntomas de algún trastorno Respiratorio del Dormir (TRD): Cefalea matutina, ortopnea, despertares asfíxicos, sueño no reparador, ronquido habitual.
- 3.43.2 Pruebas de función respiratoria en condiciones de riesgo: Capacidad vital entre 40 y 60% del predicho, PIMax entre 40 y 60 cmH₂O.



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	2. Procedimiento para la atención especializada en la unidad de trastornos neuromusculares y alteraciones de la caja torácica		Hoja 71 de 172

4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

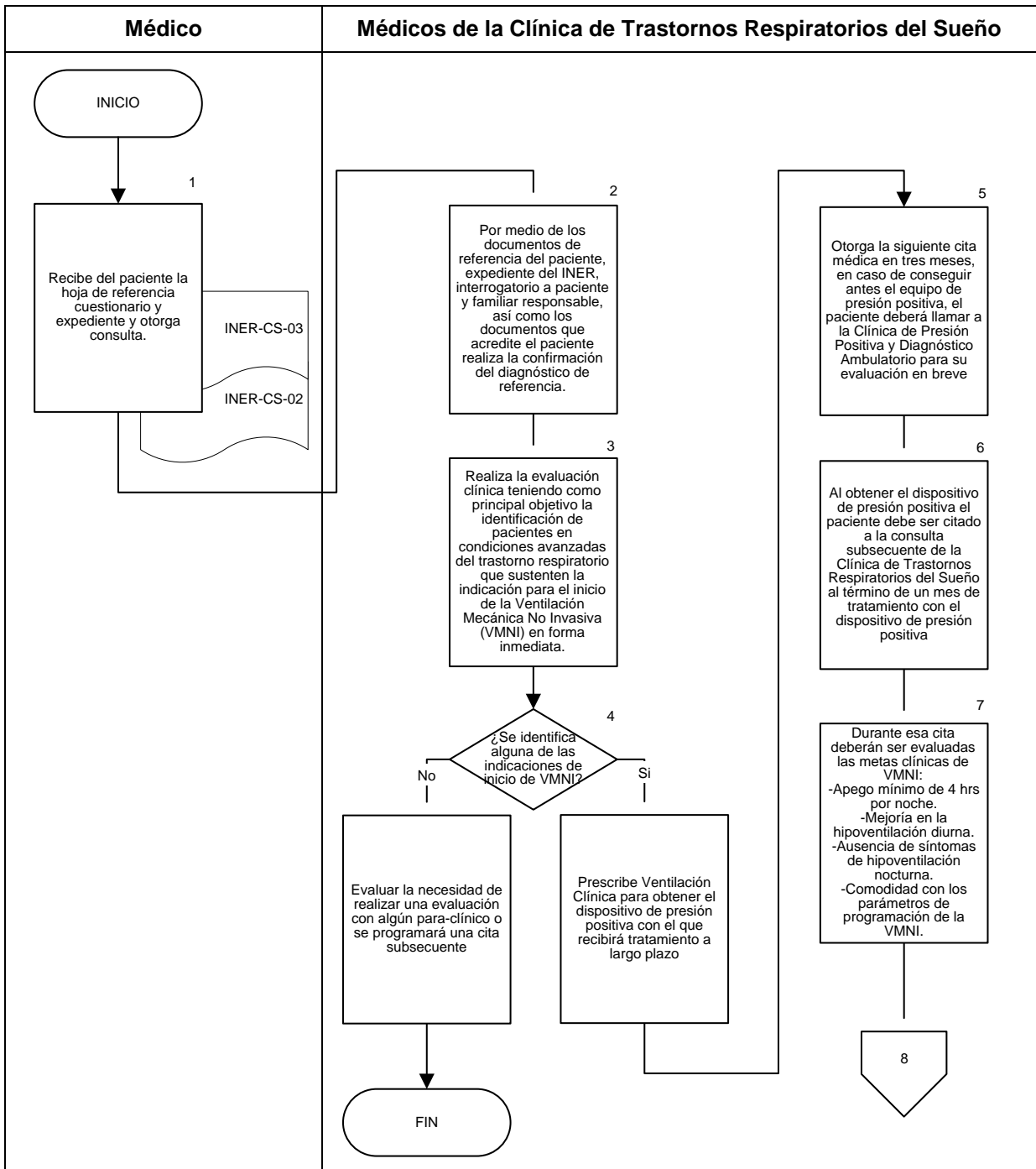
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Médico	1	Recibe del paciente la hoja de referencia cuestionario y expediente y otorga consulta.	Cuestionario de primera vez adulto INER-CS-02 Cuestionario de primera vez niño INER-CS-03
Médicos de la Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	2	Por medio de los documentos de referencia del paciente, expediente del INER, interrogatorio a paciente y familiar responsable, así como los documentos que acredite el paciente realiza la confirmación del diagnóstico de referencia.	
	3	Realiza la evaluación clínica teniendo como principal objetivo la identificación de pacientes en condiciones avanzadas del trastorno respiratorio que sustenten la indicación para el inicio de la Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI) en forma inmediata.	
	4	<p>¿Se identifica alguna de las indicaciones de inicio de VMNI?</p> <p>Si. Prescribe Ventilación Clínica para obtener el dispositivo de presión positiva con el que recibirá tratamiento a largo plazo. Continúa actividad 5.</p> <p>No. Evaluar la necesidad de realizar una evaluación con algún par-clínico o se programará una cita subsecuente. Termina procedimiento.</p>	




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	2. Procedimiento para la atención especializada en la unidad de trastornos neuromusculares y alteraciones de la caja torácica		Hoja 72 de 172

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Médicos de la Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño.	5	Otorga la siguiente cita médica en tres meses, en caso de conseguir antes el equipo de presión positiva, el paciente deberá llamar a la Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio para su evaluación en breve.	
	6	Al obtener el dispositivo de presión positiva el paciente debe ser citado a la consulta subsecuente de la Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño al término de un mes de tratamiento con el dispositivo de presión positiva.	
	7	Durante esa cita deberán ser evaluadas las metas clínicas de VMNI: <ul style="list-style-type: none"> - Apego mínimo de 4 hrs por noche. - Mejoría en la hipoventilación diurna. - Ausencia de síntomas de hipoventilación nocturna. - Comodidad con los parámetros de programación de la VMNI. 	
	8	¿Se cumple con los objetivos de VMNI? Si. 3 meses en caso de pacientes con enfermedades de rápida evolución o 6 meses en caso de pacientes con enfermedades de evolución moderada o lenta. Termina procedimiento. No. Solicitar una monitorización de VMNI por medio de poligrafía ó polisomnografía y ajustar los parámetros de ventilación de acuerdo a los hallazgos en dicha monitorización. Termina procedimiento. Termina procedimiento	

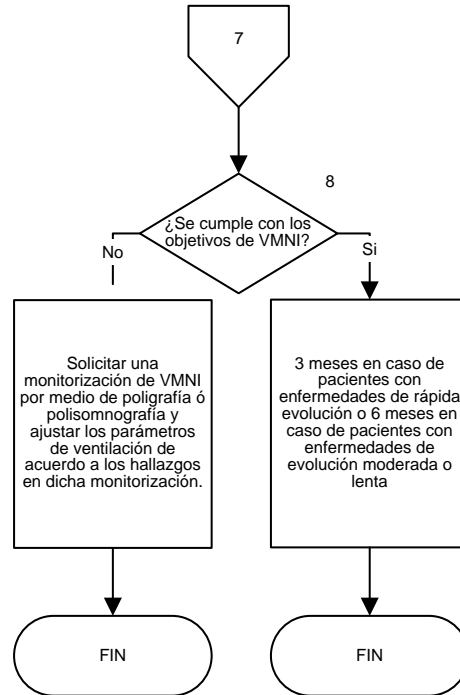
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	2. Procedimiento para la atención especializada en la unidad de trastornos neuromusculares y alteraciones de la caja torácica		Hoja 73 de 172



5.0 DIAGRAMA DE FLUJO



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	2. Procedimiento para la atención especializada en la unidad de trastornos neuromusculares y alteraciones de la caja torácica		Hoja 74 de 172

Médicos de la Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	2. Procedimiento para la atención especializada en la unidad de trastornos neuromusculares y alteraciones de la caja torácica		Hoja 75 de 172

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud.	No aplica

7.0 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Cuestionario de primera vez adulto	No aplica	Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	INER-CS-02
Cuestionario de primera vez niño	No aplica	Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	INER-CS-03

8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 No aplica

9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
5	2016	Actualización del procedimiento

10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Cuestionario de primera vez adulto INER-CS-02

		INSTRUCIONES: Las siguientes preguntas se relacionan a la posibilidad que tiene de quedarse dormido de cabecear en diferentes situaciones. Marque la opción que corresponda a lo que siente en las últimas 4 semanas. Si no ha hecho algunas de estas cosas recientemente, trate de imaginar cómo le afectarían.																																																	
CUESTIONARIO DE PRIMERA VEZ DE ADULTOS <small>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO</small>		EPWORTH																																																	
<p>Fecha: _____ de _____ de 20____</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Fecha de nacimiento: _____ Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer Edad: _____</p> <p>Lugar de nacimiento: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Grado máximo de estudios: _____</p> <p>Teléfono de casa: _____</p> <p>Celular: _____</p> <p>Ocupación actual: _____</p> <p>Estado civil: _____</p> <p>El siguiente cuestionario es para conocer sus hábitos de sueño y algunas alteraciones relacionadas con ello. Lea detenidamente cada pregunta y si tiene duda alguna, déjela en blanco para ser aclarada durante su consulta.</p>																																																			
<p>8.- Con qué frecuencia usa medicamentos para dormir (prescritos o automedicados)?</p> <p><input type="radio"/> Nunca</p> <p><input type="radio"/> Menos de una vez a la semana</p> <p><input type="radio"/> Una o dos veces por semana</p> <p><input type="radio"/> Tres veces o más por semana</p> <p>Añote el nombre de los medicamentos para dormir que use: _____</p>	<p>9.- ¿Usted ronca?</p> <p><input type="radio"/> Sí (1)</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p>10.- ¿Qué tan fuerte ronca?</p> <p><input type="radio"/> Como una respiración fuerte.</p> <p><input type="radio"/> Como una conversación</p> <p><input type="radio"/> Más fuerte que una conversación (1)</p> <p><input type="radio"/> Muy fuerte (estridente, alto, estruendoso) (1)</p> <p>11.- ¿Qué tan frecuente ronca?</p> <p><input type="radio"/> Casi diario (1)</p> <p><input type="radio"/> 3 a 4 veces por semana (1)</p> <p><input type="radio"/> 1 a 2 veces por semana</p> <p><input type="radio"/> Nunca o casi nunca</p> <p>12.- ¿Sus ronquidos molestan a otras personas?</p> <p><input type="radio"/> Sí (1)</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> No sé</p> <p>13.- ¿Alguien ha notado que hace pausas en la respiración mientras duerme y con qué frecuencia?</p> <p><input type="radio"/> Sí, Casi diario (2)</p> <p><input type="radio"/> 3 o 4 veces por semana (2)</p> <p><input type="radio"/> 1 o 2 veces por semana</p> <p><input type="radio"/> No, nunca</p> <p>14.- ¿Siente que aunque duerme no descansa?</p> <p><input type="radio"/> Casi todos los días (1)</p> <p><input type="radio"/> 3 a 4 días por semana (1)</p> <p><input type="radio"/> 1 a 2 días por semana</p> <p><input type="radio"/> 1 a 2 días al mes</p> <p><input type="radio"/> Nunca o casi nunca</p> <p>15.- Durante el día ¿Se siente cansado, fatigado o con poca energía?</p> <p><input type="radio"/> Casi todos los días (1)</p> <p><input type="radio"/> 3 a 4 días de la semana (1)</p> <p><input type="radio"/> 1 a 2 días por semana</p> <p><input type="radio"/> 1 a 2 días al mes</p> <p><input type="radio"/> Nunca o casi nunca</p> <p>16.- ¿Ha cabeceado o se ha dormido conduciendo?</p> <p><input type="radio"/> Sí (1)</p> <p><input type="radio"/> No/No conduce</p> <p>17.- En caso afirmativo ¿con qué frecuencia le ocurre?</p> <p><input type="radio"/> Casi todos los días</p> <p><input type="radio"/> 3 a 4 días de la semana</p> <p><input type="radio"/> 1 a 2 días por semana</p> <p><input type="radio"/> 1 a 2 días por mes</p> <p><input type="radio"/> Nunca o casi nunca</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Situación</th> <th colspan="4">Posibilidad de quedarse dormido</th> </tr> <tr> <th>Ninguna (0)</th> <th>Poca (1)</th> <th>Regular (2)</th> <th>Mucha (3)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sentado leyendo</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mirando televisión</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sentado sin hacer nada en un lugar público</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Como pasajero en un carro o autobús en viajes de más de una hora</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Acostándose a descansar por la tarde si su trabajo se lo permite</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sentado platicando con alguien</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sentado después de la comida sin haber tomado bebidas alcohólicas</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>En un carro o autobús mientras se detiene por pocos minutos en el tráfico</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>18.- En los últimos 5 años, ¿Cuántos accidentes automovilísticos ha tenido por haberse quedado dormido manejando?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Rara vez (menos de una vez al mes)</p> <p><input type="checkbox"/> Algunas veces (1 a 2 veces por mes)</p> <p><input type="checkbox"/> Frecuentemente (1-2 veces por semana)</p> <p><input type="checkbox"/> Por lo general (3 a 5 veces por semana)</p> <p><input type="checkbox"/> Siempre (Todos los días)</p> <p>19.- ¿Con qué frecuencia hace siestas?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Rara vez (menos de una vez al mes)</p> <p><input type="checkbox"/> Algunas veces (1 a 2 veces por mes)</p> <p><input type="checkbox"/> Frecuentemente (1-2 veces por semana)</p> <p><input type="checkbox"/> Por lo general (3 a 5 veces por semana)</p> <p><input type="checkbox"/> Siempre (Todos los días)</p> <p>20.- En promedio ¿cuánto tiempo duran sus siestas?</p> <p><input type="checkbox"/> Si, Casi diario (2)</p> <p><input type="checkbox"/> 3 o 4 veces por semana (2)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 o 2 veces por semana</p> <p><input type="checkbox"/> No, nunca</p> <p>21.- ¿Durante esas siestas sueña?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>22.- ¿Con frecuencia le duele la cabeza al despertar?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>23.- ¿Con frecuencia se despierta por tener sensación de ahogo por la noche?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>24.- ¿Rechina los dientes mientras duerme?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>25.- Al despertar ¿Ha tenido la sensación de estar paralizado, como si estuviera algo o alguien encima de usted o se ha subido el manto?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>26.- Al tener una emoción intensa o una carcajada ¿Alguna parte de su cuerpo se ha quedado sin fuerza?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>27.- ¿Al quedarse dormido o al despertar ha visto, escuchado o sentido cosas que los demás no perciben?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>28.- ¿Le han dicho o ha percibido que tiene movimientos súbitos o sacudidas en las piernas o brazos mientras duerme?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>29.- ¿Ha presentado movimientos anormales mientras duerme?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>30.- ¿Ha tenido sensaciones desagradables, como de hormigueo o dolor en sus piernas, combinadas con una urgencia o necesidad de mover sus piernas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>31.- ¿Estas sensaciones ocurren más en reposo y mejoran con el movimiento?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>32.- ¿Son peores esas sensaciones en la tarde o noche que en la mañana?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>33.- ¿Por la noche, tiene dificultad para conciliar el sueño?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>34.- ¿Despierta a mitad de la noche y le es difícil conciliar el sueño?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>35.- ¿Por la mañana se levanta más temprano de lo deseado y ya no le es posible conciliar el sueño?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>36.- ¿Con qué frecuencia toma bebidas como café, té o refresco de cola?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Rara vez (menos de una vez al mes)</p> <p><input type="checkbox"/> Algunas veces (1 a 2 veces por mes)</p> <p><input type="checkbox"/> Frecuentemente (1-2 veces por semana)</p> <p><input type="checkbox"/> Por lo general (3 a 5 veces por semana)</p> <p><input type="checkbox"/> Siempre (Todos los días)</p> <p>37.- En promedio, ¿cuántas veces toma estas bebidas (cuántos vasos o tazas toma en un día)?</p>	Situación	Posibilidad de quedarse dormido				Ninguna (0)	Poca (1)	Regular (2)	Mucha (3)	Sentado leyendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mirando televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sentado sin hacer nada en un lugar público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Como pasajero en un carro o autobús en viajes de más de una hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acostándose a descansar por la tarde si su trabajo se lo permite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sentado platicando con alguien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sentado después de la comida sin haber tomado bebidas alcohólicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En un carro o autobús mientras se detiene por pocos minutos en el tráfico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situación	Posibilidad de quedarse dormido																																																		
	Ninguna (0)	Poca (1)	Regular (2)	Mucha (3)																																															
Sentado leyendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
Mirando televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
Sentado sin hacer nada en un lugar público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
Como pasajero en un carro o autobús en viajes de más de una hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
Acostándose a descansar por la tarde si su trabajo se lo permite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
Sentado platicando con alguien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
Sentado después de la comida sin haber tomado bebidas alcohólicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
En un carro o autobús mientras se detiene por pocos minutos en el tráfico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															

INSTRUCCIONES: Marque la respuesta que mejor describa su estado de ánimo en las últimas dos semanas.

<p>1. Me siento lento (a) y cansado (a)</p> <p><input type="radio"/> 3 Casi todo el día</p> <p><input type="radio"/> 2 Gran parte del día</p> <p><input type="radio"/> 1 De vez en cuando</p> <p><input type="radio"/> 0 Nunca</p>	<p>8. Me siento lento (a) y torpe</p> <p><input type="radio"/> 3 Gran parte del día</p> <p><input type="radio"/> 2 A menudo</p> <p><input type="radio"/> 1 A veces</p> <p><input type="radio"/> 0 Nunca</p>
<p>2. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre</p> <p><input type="radio"/> 0 Ciertamente, igual que antes</p> <p><input type="radio"/> 1 No tanto como antes</p> <p><input type="radio"/> 2 Solamente un poco</p> <p><input type="radio"/> 3 Ya no disfruto con nada</p>	<p>9. Experimento una desagradable sensación de nervios y hormigueos en el estómago</p> <p><input type="radio"/> 0 Nunca</p> <p><input type="radio"/> 1 Solo en algunas ocasiones</p> <p><input type="radio"/> 2 A menudo</p> <p><input type="radio"/> 3 Muy a menudo</p>
<p>3. Siento una especie de temor, como si algo malo fuera a suceder</p> <p><input type="radio"/> 3 Si muy intenso</p> <p><input type="radio"/> 2 Si, pero no muy intenso</p> <p><input type="radio"/> 1 Si, pero no me preocupa</p> <p><input type="radio"/> 0 No siento nada de eso</p>	<p>10. He perdido el interés en mi aspecto personal</p> <p><input type="radio"/> 3 Completamente</p> <p><input type="radio"/> 2 No me cuidó como debería de hacerlo</p> <p><input type="radio"/> 1 Es posible que no me cuidé como debería</p> <p><input type="radio"/> 0 Me cuidé como siempre lo he hecho</p>
<p>4. Soy capaz deirme y ver el lado gracioso de las cosas</p> <p><input type="radio"/> 0 Igual que siempre</p> <p><input type="radio"/> 1 Actualmente, algo menos</p> <p><input type="radio"/> 2 Actualmente, mucho menos</p> <p><input type="radio"/> 3 Actualmente, en absoluto</p>	<p>11. Me siento inquieto (a) como si no pudiera parar de moverme</p> <p><input type="radio"/> 3 Realmente mucho</p> <p><input type="radio"/> 2 Bastante</p> <p><input type="radio"/> 1 No mucho</p> <p><input type="radio"/> 0 En absoluto</p>
<p>5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones</p> <p><input type="radio"/> 3 Casi todo el día</p> <p><input type="radio"/> 2 Gran parte del día</p> <p><input type="radio"/> 1 De vez en cuando</p> <p><input type="radio"/> 0 Nunca</p>	<p>12. Espero las cosas con ilusión</p> <p><input type="radio"/> 0 Como siempre</p> <p><input type="radio"/> 1 Algo menos que antes</p> <p><input type="radio"/> 2 Mucho menos que antes</p> <p><input type="radio"/> 3 En absoluto</p>
<p>6. Me siento alegre</p> <p><input type="radio"/> 3 Nunca</p> <p><input type="radio"/> 2 Muy pocas veces</p> <p><input type="radio"/> 1 En algunas ocasiones</p> <p><input type="radio"/> 0 Gran parte del día</p>	<p>13. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor</p> <p><input type="radio"/> 3 Nunca</p> <p><input type="radio"/> 2 Con cierta frecuencia</p> <p><input type="radio"/> 1 Raramente</p> <p><input type="radio"/> 0 Nunca</p>
<p>7. Soy capaz de permanecer sentado (a), tranquilo (a) y relajado</p> <p><input type="radio"/> 0 Siempre</p> <p><input type="radio"/> 1 A menudo</p> <p><input type="radio"/> 2 Raras veces</p> <p><input type="radio"/> 3 Nunca</p>	<p>14. Soy capaz de disfrutar un buen libro o un buen programa de televisión</p> <p><input type="radio"/> 0 A menudo</p> <p><input type="radio"/> 1 Algunas veces</p> <p><input type="radio"/> 2 Pocas veces</p> <p><input type="radio"/> 3 Casi nunca</p>

HADS: A: _____ D: _____

SAOLI

INSTRUCCIONES: Queremos entender el impacto que la apnea del sueño y/o el ronquido ha tenido en sus actividades diarias, en sus emociones y en su relación con otras personas, así como los síntomas que hayan resultado. Elija la opción que mejor responda a su situación en las últimas 4 semanas.

- | | |
|--|--|
| <p>1. ¿Qué tanto se ha tenido que esforzar para mantenerse despierto durante un día habitual? (por ejemplo en el trabajo, en la escuela, cuidando a los niños o en el trabajo de la casa)</p> <p><input type="radio"/> Nada</p> <p><input type="radio"/> Un poco de esfuerzo</p> <p><input type="radio"/> De un poco a una moderada cantidad de esfuerzo</p> <p><input type="radio"/> Moderada cantidad de esfuerzo</p> <p><input type="radio"/> De moderado a mucho esfuerzo</p> <p><input type="radio"/> Mucho esfuerzo</p> <p><input type="radio"/> Muy grande cantidad de esfuerzo</p> | <p>2. ¿Con qué frecuencia ha tenido que usar todas sus energías para cumplir con su actividad principal? (por ejemplo el trabajo, la escuela, cuidar de los niños o el trabajo de la casa)</p> <p><input type="radio"/> Nunca</p> <p><input type="radio"/> Raras veces</p> <p><input type="radio"/> De pocas a moderadas veces</p> <p><input type="radio"/> Moderadas veces</p> <p><input type="radio"/> De moderadas a muchas veces</p> <p><input type="radio"/> Muchas veces</p> <p><input type="radio"/> Muchísimas veces</p> |
|--|--|

INER-CS-02(08-2018)

SF-12

INSTRUCCIONES: Queremos saber su opinión sobre su salud. Esta información nos ayudará a saber cómo se siente usted y si es capaz de hacer sus actividades diarias. Responda cada pregunta indicando la opción que corresponde a cómo se siente. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto. MARQUE UNA SOLA RESPUESTA.

1. En general, usted diría que su salud es:
 - Excelente
 - Muy buena
 - Buena
 - Regular
 - Mala
9. ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?
 - Siempre
 - Casi siempre
 - Muchas veces
 - Algunas veces
 - Solo alguna vez
 - Nunca
10. ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?
 - Siempre
 - Casi siempre
 - Muchas veces
 - Algunas veces
 - Solo alguna vez
 - Nunca
11. ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?
 - Siempre
 - Casi siempre
 - Muchas veces
 - Algunas veces
 - Solo alguna vez
 - Nunca

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL

2. Su salud actual ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, una silla de ruedas, hacer compras, limpiar la casa o cambiarse de ropa?
 - Sí, me limita mucho
 - Sí, me limita un poco
 - No, no me limita nada
3. Su salud actual, ¿le limita para hacer cosas como subir tres o más escalones?
 - Sí, me limita mucho
 - Sí, me limita un poco
 - No, no me limita nada

DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS ¿TUVO USTED ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS EN SU TRABAJO O ACTIVIDADES DIARIAS?

4. ¿Hizo menos de lo que le gustaría hacer a causa de su salud física?
 - Sí
 - No
5. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en actividades cotidianas, a causa de su salud física?
 - Sí
 - No
6. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
 - Sí
 - No
7. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
 - Sí
 - No
8. ¿Hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?
 - Nada
 - Un poco
 - Regular
 - Bastante
 - Mucho

44. ¿Padece hipertensión arterial (presión alta)?
 - Sí ()
 - No
 - No lo sé
45. ¿Padece enfermedades del corazón?
 - Sí _____ No _____
46. ¿Padece enfermedades de los pulmones?
 - Sí _____ No _____
47. ¿Padece diabetes o azúcar alta?
 - Sí _____ No _____
48. ¿Padece enfermedades de la tiroides?
 - Sí _____ No _____
49. ¿Ha padecido o padece gastritis, úlcera, reflujo gastroesofágico agudos?
 - Sí _____ No _____
50. ¿Padece o ha padecido algún tipo de cáncer o tumor? ¿Cuál?
 - No () Sí _____
51. ¿Ha notado que su voz ha cambiado en los últimos meses?
 - Sí _____ No _____
52. ¿Con qué frecuencia ha despertado con ronqueros o dificultad para hablar en los últimos 3 meses?
 - Sí _____ No _____

53. ¿Con frecuencia tiene tos por la noche?
 - Sí _____ No _____
54. ¿Con qué frecuencia le silba el pecho por la noche?
 - Sí _____ No _____
55. ¿Con frecuencia tiene sensación de algo extraño en su garganta, como flema?
 - Sí _____ No _____
56. ¿Estornuda muy frecuentemente en el día?
 - Sí _____ No _____

En el último mes (1 mes) ¿Qué tantos problemas le causaron las siguientes condiciones?










	Por favor encierre en un círculo la respuesta correcta				
	Sí, problema	Frecuente	Frecuente moderado	Bastante	Poco o nada
Respiración ruidosa	0	1	2	3	4
Respiración ruidosa que interfiere con el sueño	0	1	2	3	4
Dificultad para dormir por ruidos	0	1	2	3	4
Dificultad para dormir por ronqueros	0	1	2	3	4
Dificultad para dormir por problemas de la garganta que interfiere con el sueño	0	1	2	3	4

En las siguientes líneas anote los medicamentos que utiliza actualmente y la forma como se los ha indicado su médico:

LA SIGUIENTE SECCIÓN ES PARA SER LLENADA POR EL MÉDICO DE LA CLÍNICA DE SUEÑO, MUCHAS GRACIAS

PESO: _____	TALLA: _____	IMC: _____
CUELLO: _____	PER. ABD: _____	TAI: _____
FC: _____	SpO2: _____	ETCO2: _____

OROFARINJE _____ AMIGDALAS _____

Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV	0	I	II	III	IV
								
MALLAMPATI				RIESGO DE SAOS: _____				

BERLIN: _____ CAT _____

EPWORTH: _____ /24

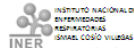
SACS: _____ PTS _____

PROBAS SAOS: _____

10.2 Cuestionario de primera vez para niños INER-CS-03



CUESTIONARIO DE PRIMERA VEZ PARA NIÑOS



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS (INER) - COSÍO VILLAS
DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE AUXILIOS DE DIAGNÓSTICO Y PARAMÉTRICO
CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO



CUESTIONARIO DE PRIMERA VEZ PARA NIÑOS



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS (INER) - COSÍO VILLAS
DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE AUXILIOS DE DIAGNÓSTICO Y PARAMÉTRICO
CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO

Este cuestionario está diseñado para obtener información sobre la salud general y hábitos de sueño en niños y niñas. Debe ser llenado por los padres o cuidadores del paciente. Por favor responda todas las preguntas de acuerdo a la salud y sueño del niño (a) en los últimos 6 meses.

Fecha en la que se llena el formato			
Nombre completo del paciente			Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día)
Edad (años y meses)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Lugar de nacimiento	
Calle	Numero exterior	Numero interior	
Delegación/Municipio		Estado	

Antecedentes y hábitos en casa
<p>1. ¿De cuántos meses de embarazo nació el niño (a)? _____ Meses</p> <p>2. ¿Cuál fue el peso de su hijo(a) al nacer? _____ Kg</p> <p>3. ¿La madre del niño(a) fumó durante el embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>4. ¿El niño(a) necesitó terapia intensiva al nacer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>5. ¿El niño(a) necesitó oxígeno al salir del hospital? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>6. ¿La madre del niño(a) fuma dentro de casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>7. ¿El padre del niño(a) fuma dentro de casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>8. Sin contar al padre y a la madre del niño(a) ¿alguna otra persona fuma dentro de casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>9. Sin considerar al niño(a) ¿cuántos años de escuela COMPLETOS estudió el padre del niño(a)? _____ Años</p> <p>10. Sin considerar al niño(a) ¿cuántos años de escuela COMPLETOS estudió la madre del niño(a)? _____ Años</p>




SALUD GENERAL
<p>11. ¿Alguna vez en la vida algún médico le ha dicho que el(a) niño(a) tenía o tiene alguna de las siguientes enfermedades?</p> <p>a) Enfermedades del corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>b) Enfermedades del hígado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>c) Enfermedades del riñón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>d) Reflujo gastroesofágico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>e) Problemas para pasar el alimento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>f) Problemas de conducta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>g) Problemas neurológicos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>h) Desnutrición <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>i) Sobre peso u obesidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>j) Alergias <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>k) Asma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>l) Infecciones urinarias <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>m) Dolor de estómago <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>n) Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>o) Rinitis alérgica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>12. ¿Cuántas veces al año su hijo necesita antibiótico por infección en la garganta o gripa o anginas? _____ veces al año.</p> <p>13. Si el(a) niño(a) tiene alguna otra enfermedad crónica que le haya diagnosticado un médico, especifique cuáles) _____</p> <p>14. Si el(a) niño(a) recibe algún tratamiento(s) o toma algún medicamento para alguna enfermedad crónica, especifique cuáles) _____</p> <p>15. ¿Cuántos días a la semana el(a) niño(a) realiza ejercicio físico tan intenso que lo haga respirar rápido o que sude o que se agite? Nunca <input type="checkbox"/> Menos de 3 días a la semana <input type="checkbox"/> De 3 a 5 días a la semana <input type="checkbox"/> Más de 5 días a la semana <input type="checkbox"/></p> <p>16. ¿Cuántas horas al día <u>entre semana</u> el(a) niño(a) ve televisión, usa tablet, computadora, teléfono celular o videojuegos? _____ horas al día.</p> <p>17. ¿Cuántas horas al día en <u>fin de semana o vacaciones</u> el(a) niño(a) ve televisión, usa tablet, computadora, celular o videojuegos? _____ horas al día.</p>

HORAS DE SUEÑO
<p>17. ¿Durante la semana a qué hora se acostó a dormir el(a) niño(a)? _____ pm _____ am</p> <p>18. ¿Durante la semana a qué hora se despertó el(a) niño(a)? _____ am _____ pm</p> <p>19. ¿Durante el fin de semana a qué hora se acostó a dormir el(a) niño(a)? _____ pm _____ am</p> <p>20. ¿Durante el fin de semana a qué hora se despertó el(a) niño(a)? _____ am _____ pm</p> <p>21. ¿Cuántas horas por noche duerme el(a) niño(a) entre semana? _____ horas</p> <p>22. ¿Cuántas horas por noche duerme el(a) niño(a) en fin de semana? _____ horas</p> <p>23. ¿El(a) niño(a) duerme siesta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>24. Si el(a) niño(a) duerme siesta, ¿cuánto tiempo dura la siesta? _____ horas _____ minutos</p>

Señale en cada pregunta la opción que mejor describe la situación del niño(a) en relación a su sueño en los últimos 6 meses.




































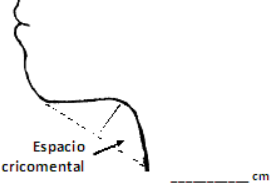





	Siempre 7 veces/ semana	Frecuentemente 3-6 veces/semana	Algunas veces 3-4 veces/semana	Rara vez 1-2 veces/semana	Nunca 0/semana
¿El(a) niño(a) tiene dificultad para quedarse dormido cuando se acostaba por las noches?					
¿El(a) niño(a) se despierta en la noche y le es difícil dormirse nuevamente?					
¿El(a) niño(a) se despierta en la madrugada y ya no puede dormir?					
¿El(a) niño(a) duerme solo en su cama?					
¿El(a) niño(a) va a la cama de otra persona (padres, abuelos, hermanos) a dormir porque no puede dormir solo?					
¿El(a) niño(a) llora o se resiste para ir a dormir?					
¿El(a) niño(a) tiene miedo de dormir en la oscuridad?					
¿El(a) niño(a) tiene miedo de dormir solo?					
¿El(a) niño(a) tiene dificultad para dormir fuera de casa?					
¿Con qué frecuencia el(a) niño(a) ronca?					
¿Con qué frecuencia ha notado que el(a) niño(a) deje de respirar mientras duerme?					
¿Con qué frecuencia ha notado que el(a) niño(a) respire como si se estuviera ahogando mientras duerme?					
¿Con qué frecuencia ha tenido que cuidar al(a) niño(a) durante la noche para ver si respira bien mientras duerme?					
¿Con qué frecuencia su hijo se orina en la cama mientras duerme?					
¿El(a) niño(a) suda mucho en las noches hasta mojar su ropa?					




	Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Nunca
¿Con qué frecuencia el(a) niño(a) tiene sueño o se queda dormido(a) en clase?					
¿Tiene sueño o se queda dormido(a) haciendo tareas?					
¿Tiene sueño o se queda dormido(a) mientras viaja en auto o algún transporte?					
¿Qué tan frecuente el(a) niño(a) se siente cansado(a) durante el día?					
¿Qué tan frecuente tiene dificultad para levantarse de la cama en las mañanas?					
¿Se despierta solo(a) en las mañanas?					
¿Regresa a la cama a dormir después de despertarse en las mañanas?					
¿Tiene sueño o se queda dormido(a) mientras ve televisión?					
¿El(a) niño(a) habla mientras duerme?					
¿El(a) niño(a) está inquieto(a) y se mueve mucho mientras duerme?					
¿El(a) niño(a) se despierta en la noche gritando, asustado(a) y es difícil de consolar?					
¿El(a) niño(a) tiene pesadillas?					
¿El(a) niño(a) camina dormido(a)?					
¿El(a) niño(a) dormido(a) tiene movimientos como si "actuara sus sueños"?					
¿El(a) niño(a) tiene dolores de crecimiento?					
¿Se queja de molestias raras en las piernas (dolor, hormigueo, comezón) al estar acostado(a) y después de dormir?					
¿Estas sensaciones se alivian temporalmente cuando mueve las piernas o camina o le da masaje?					
¿Estas sensaciones ocurren más en la noche?					
¿Estas sensaciones le dificultan conciliar el sueño?					
¿Tiene temblores en las piernas o le brincan las piernas mientras duerme?					
¿Alguien en la familia ha padecido "piernas inquietas" o movimientos de las piernas mientras duerme?					
¿Rechina los dientes cuando duerme?					

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	2. Procedimiento para la atención especializada en la unidad de trastornos neuromusculares y alteraciones de la caja torácica		Hoja 81 de 172




EXPLORACIÓN FÍSICA

Favor de no escribir en esta área			
Peso	kg	Talla	metros
SpO2		FC	TA

<p style="text-align: center;">Explorar apertura bucal sin abatelenguas</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Clase I</td> <td>Clase II</td> <td>Clase III</td> <td>Clase IV</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">MALLAMPATI</td> </tr> </table>	Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV					MALLAMPATI				<p style="text-align: center;">Tamaño de las amígdalas con abatelenguas y sin arqueo</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td> <td>I</td> <td>II</td> <td>III</td> <td>IV</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">AMÍGDALAS OBSTRUCTIVAS</td> </tr> </table>	0	I	II	III	IV						AMÍGDALAS OBSTRUCTIVAS				
Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV																									
																												
MALLAMPATI																												
0	I	II	III	IV																								
																												
AMÍGDALAS OBSTRUCTIVAS																												
<p style="text-align: center;">Explorar apertura bucal sin abatelenguas</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Clase I</td> <td>Clase II</td> <td>Clase III</td> <td>Clase IV</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">PILARES</td> </tr> </table>	Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV					PILARES				 <p style="text-align: center;">Espacio cricoental _____ cm</p>															
Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV																									
																												
PILARES																												
<p style="text-align: center;">Pterografía basal line</p> 	<table style="width: 100%;"> <tr> <td>Normal</td> <td>(1)</td> </tr> <tr> <td>Retrognata</td> <td>(2)</td> </tr> <tr> <td>Micrognata</td> <td>(3)</td> </tr> <tr> <td>Prognata</td> <td>(4)</td> </tr> </table>	Normal	(1)	Retrognata	(2)	Micrognata	(3)	Prognata	(4)																			
Normal	(1)																											
Retrognata	(2)																											
Micrognata	(3)																											
Prognata	(4)																											

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño		Hoja 82 de 172

3. PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EL ESTUDIO DE SUEÑO

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño		Hoja 83 de 172

1.0 PROPÓSITO




- 1.1 Establecer un diagnóstico y tratamiento oportuno mediante el registro de múltiples variables fisiológicas durante el sueño, mediante un proceso estandarizado.

2.0 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno, el procedimiento es aplicable a Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a todo el personal multidisciplinario que interviene en el procedimiento.




3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 El Personal adscrito a la Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño es el responsable de cumplir este procedimiento y mantenerlo actualizado.
- 3.2 Todo el personal adscrito a las áreas deben mantener una conducta ética y de trato profesional para con los pacientes y con todo el personal del Instituto en cumplimiento al Código de Ética Institucional.
- 3.3 Todo el personal deberá portar sin excusa, la credencial institucional para su fácil identificación dentro de las instalaciones del Instituto, asimismo el personal ambulatorio, rotante, de servicio social y/o que esté realizando prácticas profesionales deberá portar la identificación correspondiente en todo momento.
- 3.4 El personal de la Clínica debe atender al paciente con amabilidad y eficiencia.
- 3.5 El personal de la Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño, está comprometido a actualizar sus conocimientos para desarrollar con calidad, eficacia y eficiencia sus funciones, conforme a sus habilidades, destrezas y experiencia.
- 3.6 Sólo se realiza el estudio de sueño a pacientes programados:
- Consulta Externa: que hayan confirmado mediante la entrega de su comprobante de pago, al menos un mes antes del estudio, excepto los pacientes con clasificación 1x




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño		Hoja 84 de 172

quieres deberán llamar una semana antes y cumplir con los requisitos estipulados en el formato Indicaciones para estudio de sueño.

- b) Convenios: que cuenten con oficio vigente de su institución de referencia donde indique el estudio a realizar y hoja de pedido del Sistema de Administración Hospitalaria además de cumplir con los requisitos estipulados en el formato Indicaciones para estudio de Polisomnografía y firmen el Consentimiento Informado.
- 3.7 El personal de recepción de la Clínica de Trastornos Respiratorios de Sueño debe imprimir en tres tantos la hoja de programación de estudios diarios y entregar la primera a la Coordinación de Laboratorio de Sueño, la segunda a la Coordinación de Médicos Residentes y la tercera la colocará en el pizarrón de acceso al Laboratorio del Sueño.
- 3.8 El personal de recepción de la Clínica de Trastornos Respiratorios de Sueño debe entregar las carpetas para estudio de sueño los días martes para los estudios que se van a llevar a cabo el jueves, viernes, sábado y domingo y los días viernes las correspondientes a los estudios de los días lunes, martes y miércoles a mas tardar a las 11:00 am.
- 3.9 El paciente debe presentar su carnet u hoja de programación de citas, formato de Solicitud de Estudio, no se exigirá comprobante de pago a los pacientes de protocolo de investigación o pacientes con clasificación socioeconómica 1x. Para estos fines la solicitud de estudio debe contar con un sello con la leyenda “Protocolo de investigación no requiere comprobante de pago” que incluya el número del protocolo y nombre del responsable del mismo.
- 3.10 Los pacientes deben presentarse puntualmente, de lo contrario no podrá realizarse el estudio y deberá solicitar se le programe en otra fecha disponible, al día siguiente en la recepción de la Clínica.
- 3.11 Los pacientes adultos deben permanecer solos durante el estudio, sin embargo se harán excepciones si el paciente requiere ayuda para movilizarse, o requiera de alguna atención especial.
- 3.12 Los pacientes menores de edad, personas con discapacidad y adultos en plenitud que requieran ayuda, deben ser acompañados durante el estudio por un responsable (padre, madre, tutor o cuidador responsable).
- 3.13 Todo paciente que ingrese a la Clínica para estudio de sueño debe ser identificado correctamente por el personal de la Clínica, a través de la comprobación del nombre completo del paciente, su fecha de nacimiento y de forma auxiliar el número de historia o expediente.




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño		Hoja 85 de 172

- 3.14 El personal técnico debe verificar que el paciente se presente en las condiciones requeridas para el estudio conforme al formato Indicaciones para estudio de Polisomnografía o Indicaciones para el estudio de Poligrafía.
- 3.15 El personal técnico debe presentarse con el paciente y lo acompañara a la habitación que le corresponda para la realización del estudio, explicará al paciente en qué consiste, la preparación para el mismo y la posible prueba de tratamiento.
- 3.16 En el caso de pruebas de latencias múltiples, se realiza posterior a la polisomnografía nocturna, en 4 pruebas que iniciarán 2 horas posteriores al término del estudio nocturno, con intervalos de 2 horas entre cada prueba, si sólo una de las pruebas resulta positiva, se realizará una quinta prueba, si dos son positivas se concluye la medición.
- 3.17 El personal técnico y/o el auxiliar de laboratorio realizarán la limpieza y organización del material utilizado durante los estudios.
- 3.18 El personal técnico diurno, realizará la validación o calificación del estudio en forma manual, emitiendo el reporte correspondiente, según el tipo de estudio en un lapso no mayor a dos semanas.
- 3.19 En casos urgentes o foráneos, el personal técnico entregará al médico encargado el reporte preliminar del estudio de sueño, al día siguiente de la realización del mismo.
- 3.20 Los reportes médicos del estudio del sueño deberán entregarse a la recepción de la siguiente manera:
- 3.20.1 Poligrafía. Dos semanas posteriores al estudio.
 - 3.20.2 Polisomnografía y latencias. Tres semanas posteriores al estudio.
 - 3.20.3 Polisomnografía diurna. Una semana posterior al estudio.
- 3.21 El personal técnico deberá realizar el respaldo de los estudios de sueño periódicamente (cada tres meses).
- 3.22 El personal de enfermería y/o técnico adscrito a la Clínica deberá realizar la revisión mensual del carro de paro (el primer lunes hábil de cada mes).
- 3.23 El estudio y reporte del estudio se deben realizar de acuerdo con los estándares internacionales establecidos por la Academia Americana del Sueño (AASM). Para ello el personal técnico estará encargado de mantener en óptimas condiciones los equipos.
- 3.24 El personal de la Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño, debe participar de las actividades de enseñanza y entrenamiento del personal médico y técnico rotante por el servicio.
- 3.25 El paciente referido por la Oficina de Convenios debe presentarse con oficio original vigente, membretado, con sello y firma y hoja de pedido del Sistema de Administración

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño		Hoja 86 de 172




Hospitalaria en la recepción de la Clínica, de acuerdo a la cita otorgada por la Oficina de Convenios.

- 3.26 Se realizará el estudio a los pacientes de convenios que cumplan con los requisitos administrativos correspondientes (oficio original vigente, membretado, con sello y firma y hoja de pedido) así como las indicaciones para el estudio polisomnografía previo trámite de autorización de la Oficina de Convenios.
- 3.27 Es requisito indispensable que el paciente responda los cuestionarios de trastornos respiratorios del dormir y firme el consentimiento informado, otorgados por la Oficina de Convenios al momento de solicitar la cita para el estudio del sueño.
- 3.28 El reporte del estudio de polisomnografía debe entregarse a la Oficina de Convenios antes de 40 días naturales, posteriores a la realización del mismo.




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño		Hoja 87 de 172

4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO




Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Recepción de la Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	1	Revisa la programación de estudios y saca del archivo los formatos de Programación de estudio, Consentimiento informado, Cuestionario de primera vez, Nota médica y recibo de pago de los pacientes programados para estudio de sueño, conforme a los días establecidos para entregar las carpetas de los pacientes programados a la coordinación de Laboratorio de Sueño.	Programación de estudio INER-CS-09 Consentimiento informado INER-CEECL-01 Cuestionario de primera vez para adultos INER-CS-02 Cuestionario de primera vez para niños INER-CS-03 Nota médica INER-EC-09 Recibo de pago INER-DTES-02
	2	Imprime, por triplicado, del Sistema de Administración Hospitalaria la hoja de programación de estudios por día y tipo de estudio, verificando que se encuentren pagados o remitidos por la Oficina de Convenios.	
	3	Entrega a la coordinación del Laboratorio de Sueño una carpeta nueva que contenga los formatos: Programación de estudio, Consentimiento informado, y Nota que indique los documentos que el paciente referido de la Oficina de Convenios deberá entregar: oficio de referencia membretado, con fecha vigente, firmado y con sello original así como la hoja de pedido del Sistema sellada en original entregada por la Oficina de Convenios.	Programación de estudio INER-CS-09 Consentimiento informado INER-CEECL-01 Hoja de pedido

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño		Hoja 88 de 172




Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Recepción de la Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	4	Imprime del Sistema de Administración Hospitalaria la lista de los pacientes que asistirán al estudio de sueño para entregar las carpetas al área de Laboratorio de Sueño.	
	5	Entrega a la Coordinadora del Laboratorio de Sueño las carpetas para estudio, con la lista correspondiente.	
Coordinador de Laboratorio	6	Recibe de la recepción las carpetas y hoja de programación de estudios de los pacientes programados a estudio del sueño y revisa que las carpetas de los pacientes programados para estudio de sueño contengan los formatos: Programación de estudio, Consentimiento informado, Cuestionario de primera vez para adultos, Nota médica y recibo de pago, o en su caso Hoja de Programación de estudio con el sello de Protocolo de Investigación o paciente con clasificación 1X, así como el tipo de estudio programado.	Programación de estudio INER-CS-09 Consentimiento informado INER-CEECL-01 Cuestionario de primera vez para adultos INER-CS-02 Cuestionario de primera vez para niños INER-CS-03 Nota médica INER-EC-09 Recibo de pago INER-DTES-03
	7	Revisa el tipo de estudio programado y en la Nota médica, las condiciones generales del paciente.	
	8	Coloca en el Laboratorio de Sueño las carpetas de los pacientes programados.	
Técnico en electrodiagnóstico	9	Revisa las carpetas de los pacientes programados para estudio de la fecha correspondiente.	

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño		Hoja 89 de 172




Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Técnico en electrodiagnóstico	10	Coloca la papelería que utilizará para el registro del estudio de sueño en la carpeta que corresponda.	Cuestionario posterior al estudio INER-CS-14 Cuestionario previo al estudio INER-CS-15 Cuestionario para latencias múltiples INER-CS-17
	11	Requisita el formato de identificación del paciente y lo registra en la libreta de control de estudios según corresponda.	Identificación del paciente
	12	Recibe a los pacientes citados a estudio, solicita los documentos: <i>Para pacientes de Consulta externa.</i> Carnet del Instituto u hoja de control y Solicitud de estudio. <i>Para pacientes de Convenios.</i> Oficio de referencia membretado, con fecha vigente, firmado y con sello original así como la hoja de pedido del Sistema sellada en original, cuestionario de hábitos de sueño, consentimiento informado y encuesta de calidad. <i>Para pacientes de protocolo.</i> Solicitud de estudio para pacientes de protocolo con el sello "protocolo de investigación, no requiere comprobante de pago".	Hoja de control para pacientes sin número de expediente clínico INER-CS-24 Solicitud de estudio INER-CS-01 Cuestionario de primera vez para adultos INER-CS-02 Cuestionario de primera vez para niños INER-CS-03 Hoja de pedido de convenio
	13	Verifica la identidad de los pacientes conforme a los indicadores establecidos por el Instituto: nombre completo, fecha de nacimiento y como apoyo el número de expediente o historia.	Brazalete de identificación

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño		Hoja 90 de 172




Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Técnico en electrodiagnóstico	14	Verifica que los pacientes se hayan presentado conforme a las instrucciones establecidas en el formato Indicaciones para estudio de Polisomnografía, así como las condiciones físicas generales del paciente.	Indicaciones para poligrafía respiratoria durante el sueño INER-CS-11 Indicaciones de estudio de polisomnografía INER-CS-20
	15	¿Cumple con todos los requisitos anteriores? No. Cancela el estudio y solicita se presente a la mañana siguiente para la reprogramación del mismo. Termina procedimiento. Si. Pasa al paciente a la habitación correspondiente. Continúa actividad 16.	
	16	Coloca en la cabecera de la cama del paciente la ficha de identificación correspondiente y le indica que se ponga su pijama.	Identificación del paciente
	17	Confirma los datos registrados en el formato Escala de Morse.	Escala de Morse INER-CS-22
Paciente	18	Se coloca la pijama e indica al técnico que está listo para el estudio.	
Técnico en Electrodiagnóstico	19	<ol style="list-style-type: none"> 1. Para estudio simplificado de sueño, Acude a la habitación del paciente y coloca los sensores correspondientes. Continúa actividad 21. 2. Para el estudio de polisomnografía pasa al paciente al Laboratorio de sueño y le explica el procedimiento del estudio, la colocación de sensores y la posible prueba terapéutica. Continúa actividad 20. 	

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño		Hoja 91 de 172

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Técnico en electrodiagnóstico	20	Inicia la preparación del paciente colocando cables, sensores, electrodos y equipos de medición de registros fisiológicos de acuerdo a lo establecido para el tipo de estudio.	
	21	Da indicaciones específicas (acerca del estudio) al paciente y le entrega el cuestionario para ser contestado en ese momento.	Cuestionario previo al estudio INER-CS-15
Paciente	22	En la habitación, contesta los cuestionarios y se recuesta.	
Técnico en Electrodiagnóstico	23	En el laboratorio, inicia registro de estudio comenzando con los datos de identificación del paciente, medición de impedancias, calibración eléctrica, calibración biológica, así como la elaboración simultánea del Reporte Técnico para Polisomnografía incluido en el manual de Procedimientos Técnicos de la Clínica.	
	24	¿Se obtiene buena señal? Si. Continúa estudio. Continúa actividad 25. No. Recoloca cables y/o sensores que no tienen señal. Continúa actividad 25.	
	25	Durante el estudio, identifica si el paciente requiere prueba terapéutica, después de por lo menos dos horas de registro. De ser así coloca equipo de ventilación mecánica e interfase para prueba terapéutica, y continúa registros.	
	26	Finaliza el estudio, despierta al paciente.	

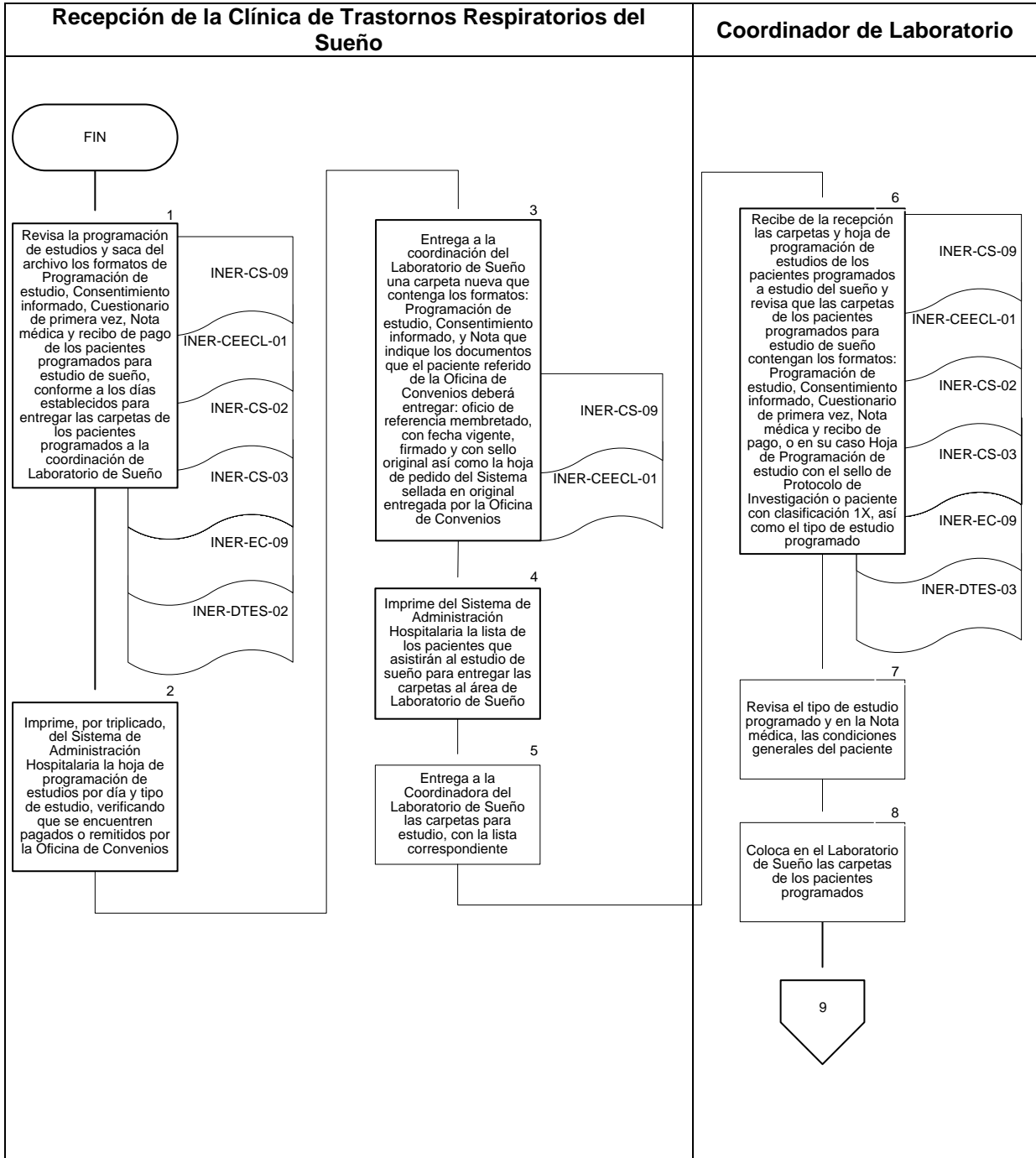
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño		Hoja 92 de 172

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Técnico en electrodiagnóstico	27	<p>¿El paciente requiere estudio de latencias múltiples de sueño?</p> <p>Si. Da al paciente desayuno sin desconectarlo y entrega cuestionario de latencias y comienza el estudio. Continúa actividad 28.</p> <p>No. Retira sensores al paciente, concluye reporte técnico y entrega el "Cuestionario posterior al estudio" y en conjunto con el auxiliar de laboratorio limpia y ordena el área de trabajo (en el caso de polisomnografía). Continúa actividad 30.</p>	<p>Cuestionario posterior al estudio INER-CS-14</p> <p>Cuestionario y reporte técnico para la prueba de latencias múltiples INER-CS-17</p>
	28	Realiza al paciente el Cuestionario post prueba de latencias múltiples en cada una de las pruebas y se realiza el reporte técnico para cada una de las pruebas de latencias múltiples.	<p>Cuestionario posterior al estudio INER-CS-14</p> <p>Cuestionario previo al estudio INER-CS-15</p> <p>Cuestionario y reporte técnico para la prueba de latencias múltiples INER-CS-17</p>
	29	Finaliza el estudio, retira sensores al paciente y concluye reporte técnico.	
	30	Revisa, califica los estudios de sueño.	
Auxiliar de laboratorio	31	Imprime los resultados de los estudios, los agrega a la carpeta de los pacientes, los registra en su libreta de control para ser entregado al médico responsable.	
Técnico en electrodiagnóstico	32	Respalda y almacena la información de los estudios de sueño.	

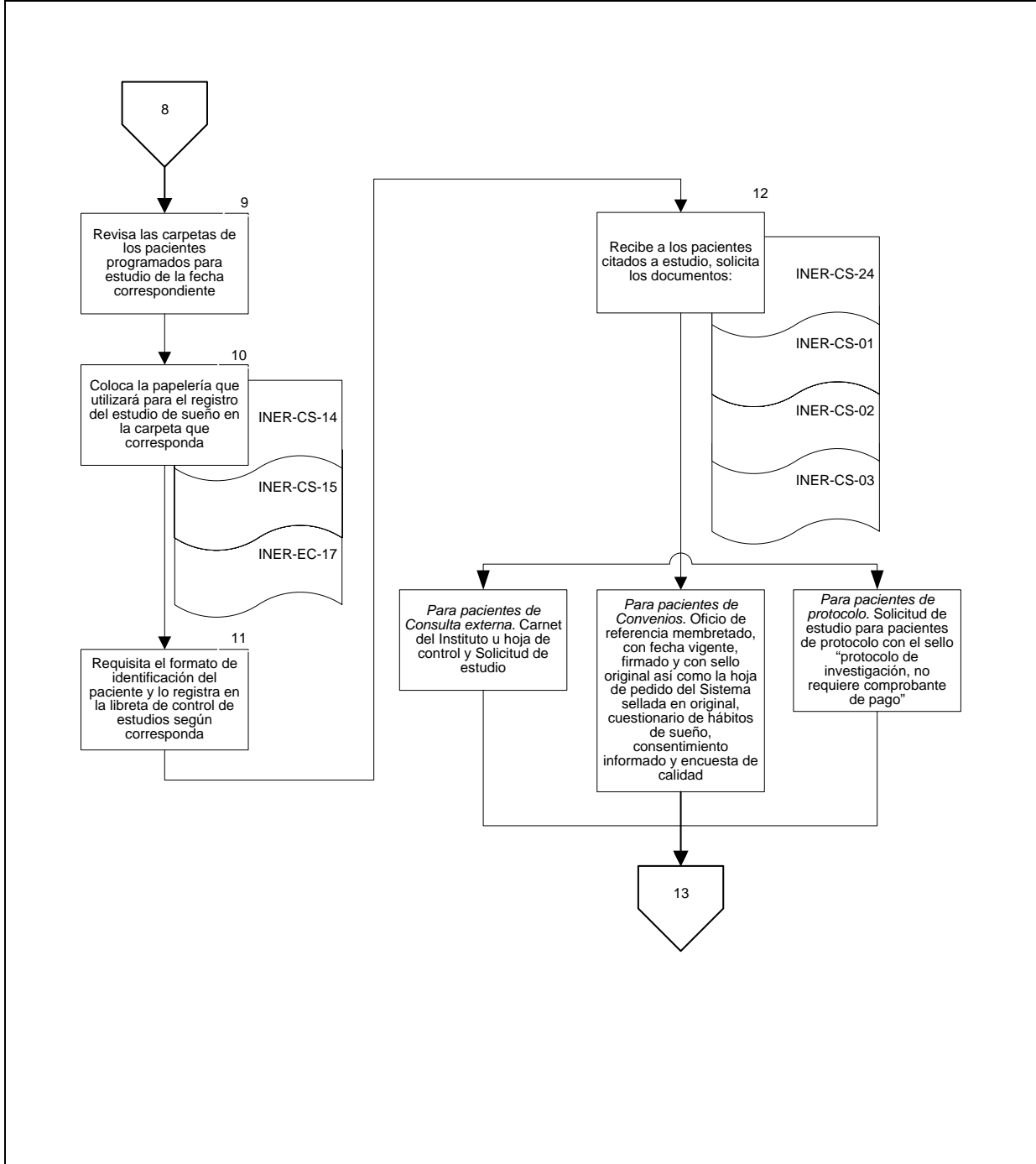
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño		Hoja 93 de 172

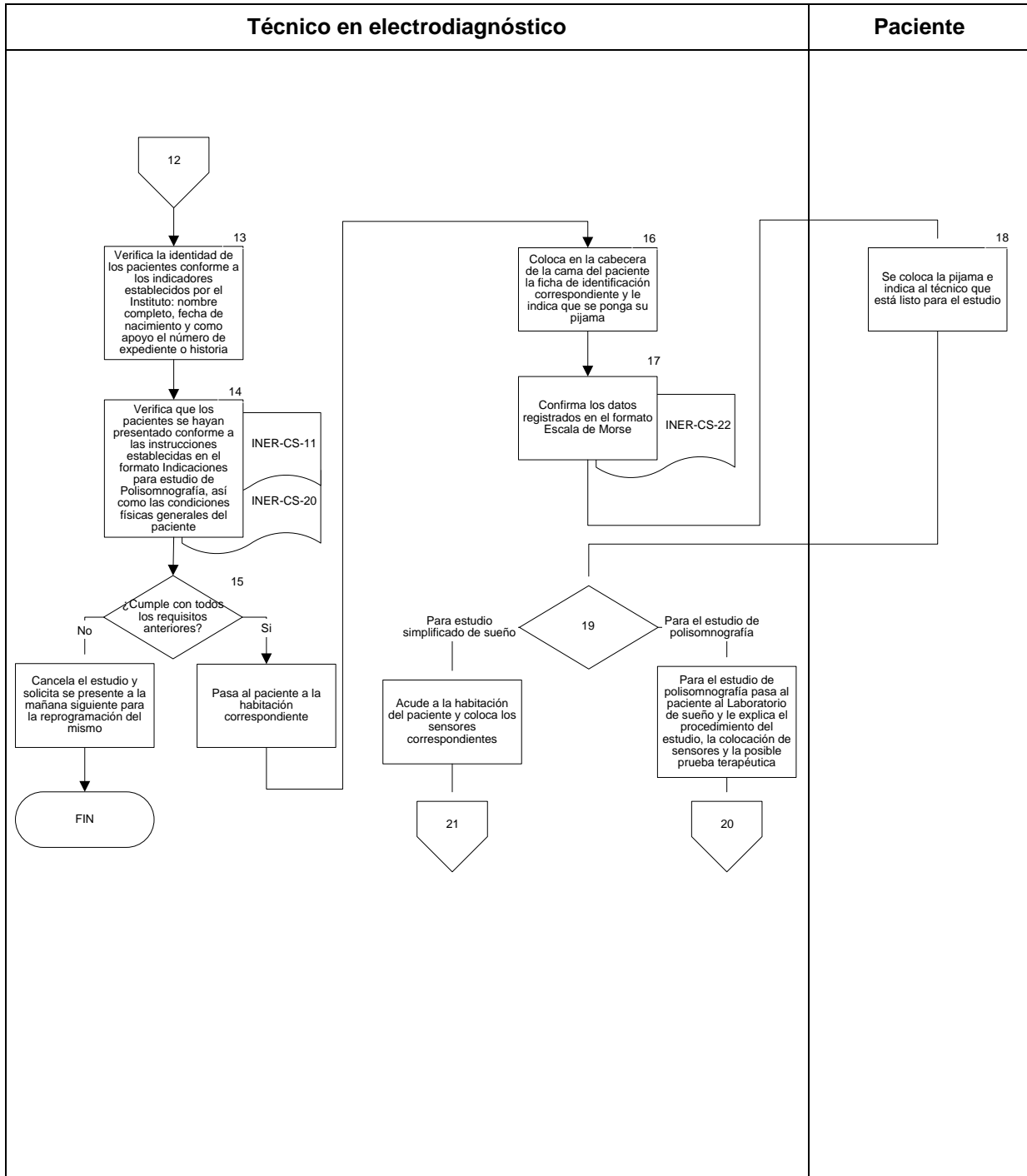
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Médico responsable	33	Recibe las carpetas y analiza e interpreta los resultados, realiza el reporte clínico, verifica la calidad del mismo y retroalimenta al técnico.	
	34	Elabora informe médico en 2 juegos, lo firma y lo entrega a la recepción.	
Recepción de Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	35	Recibe reporte médico en dos juegos, anexa uno a la carpeta del paciente y el otro lo entrega al Archivo Clínico o Módulo de Convenios, según el caso, previa verificación de los datos de identificación del paciente.	
	36	Etiqueta la carpeta del paciente, ingresa los resultados a la base de datos y archiva la carpeta.	
	37	Elabora y actualiza la base de datos obtenidos de la carpeta de registro de estudios diarios. Termina procedimiento	




5.0 DIAGRAMA DE FLUJO

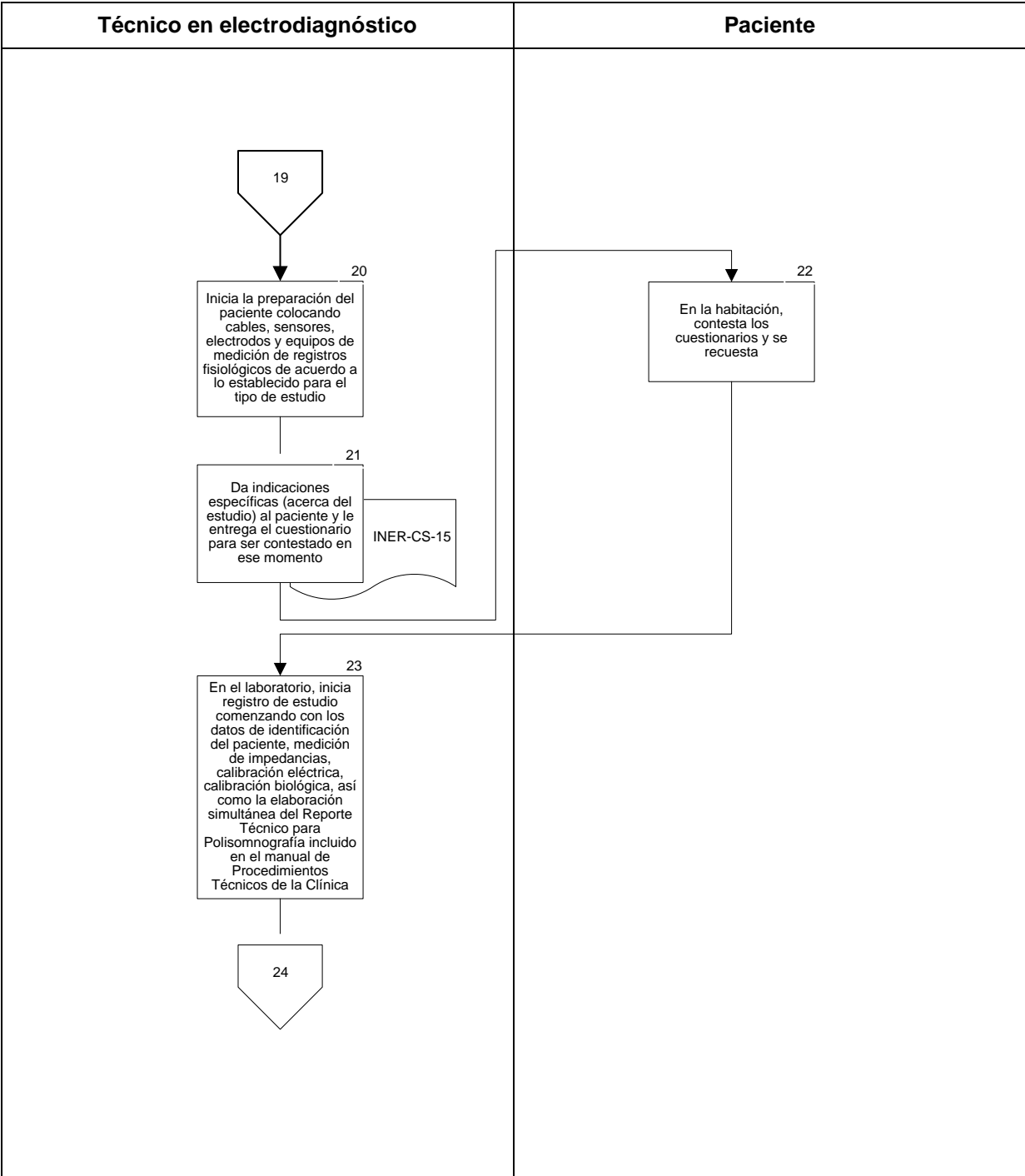


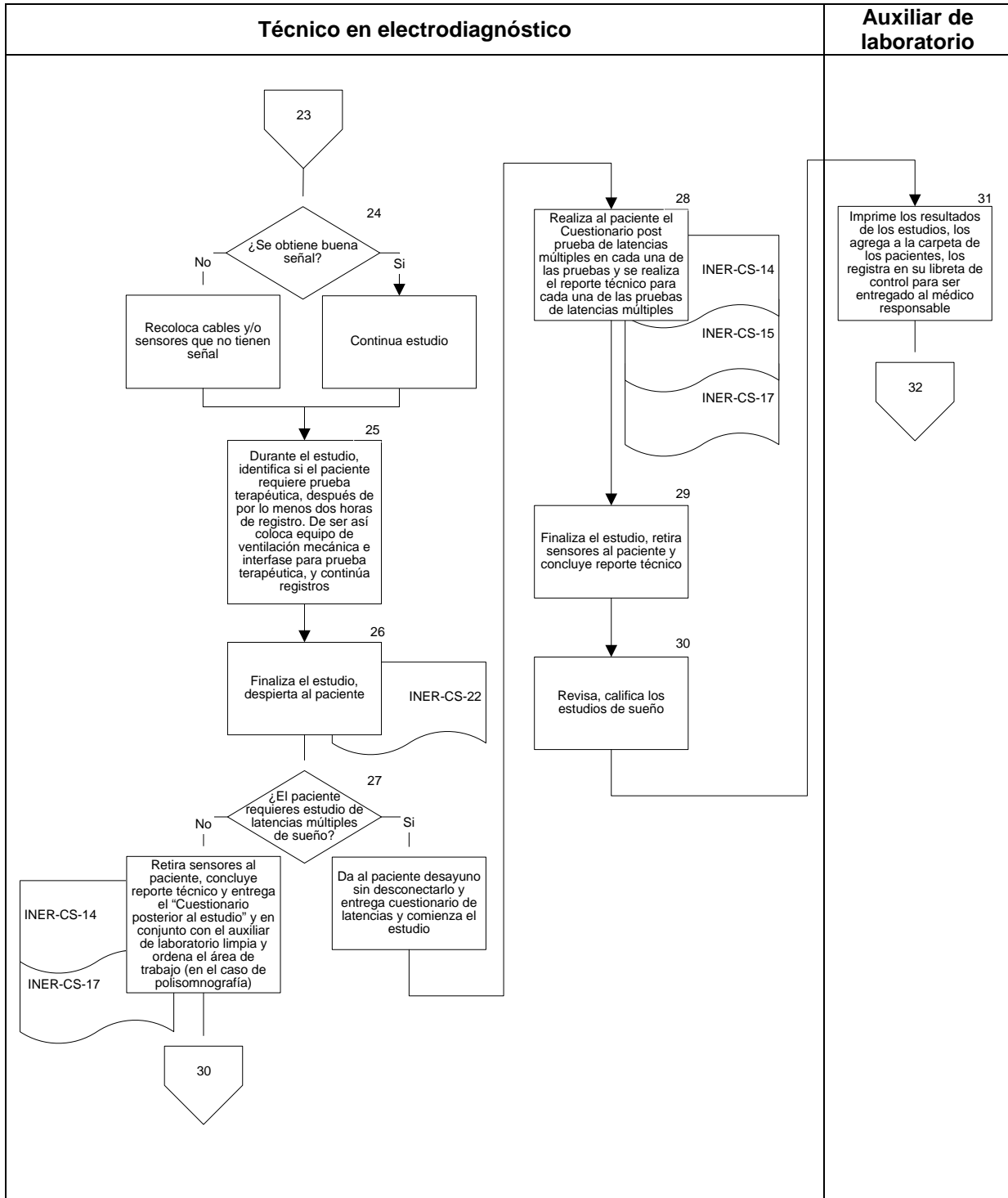
Técnico en electrodiagnóstico





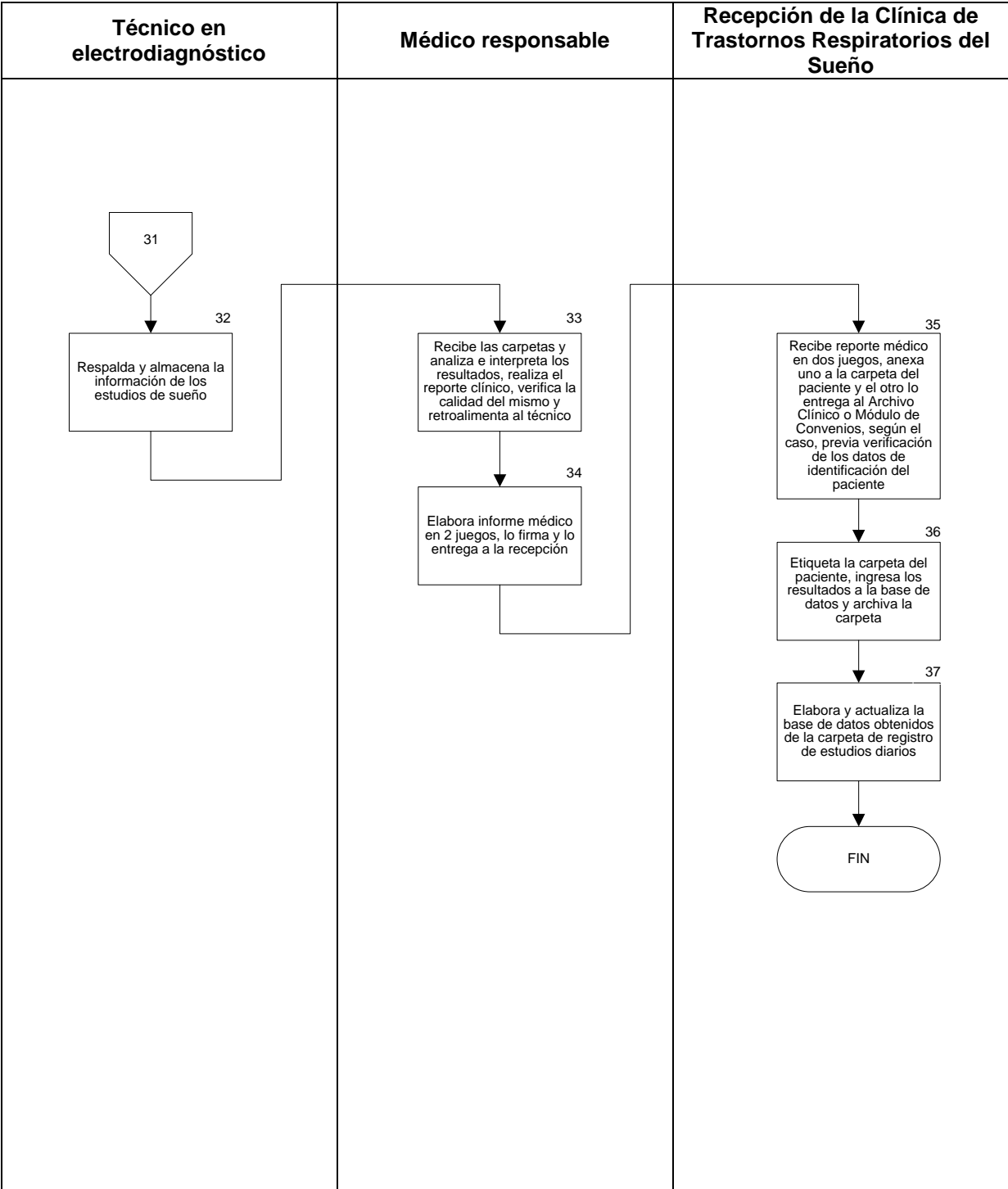





 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño		Hoja 97 de 172





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño		Hoja 99 de 172






 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño		Hoja 100 de 172

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud.	No aplica

7.0 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Solicitud de Estudios.	No aplica	Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	INER-CS-01
Cuestionario de primera vez para adultos.	No aplica	Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	INER-CS-02
Cuestionario de primera vez para niños.	No aplica	Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	INER-CS-03
Programación de estudios	No aplica	Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	INER-CS-09
Indicaciones para poligrafía respiratoria durante el sueño.	No aplica	Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	INER-CS-11
Cuestionario posterior al estudio.	No aplica	Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	INER-CS-14
Cuestionario al previo estudio.	No aplica	Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	INER-CS-15
Cuestionario para Latencias Múltiples.	No aplica	Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	INER-CS-17
Indicaciones de estudio de polisomnografía.	No aplica	Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	INER-CS-20
Escala de Morse	No aplica	Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	INER-CS-22

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño		Hoja 101 de 172




Consentimiento bajo información	No aplica	Expediente Clínico	INER-CEECL-01
Notas médicas	No aplica	Expediente Clínico	INER-EC-09
Recibo de pago	No aplica	Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	INER-DTES-03
Hoja de pedido	No aplica	Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	No aplica
Identificación del paciente	No aplica	Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	No aplica
Escala de Morse	No aplica	Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	INER-CS-22
Hoja de control para pacientes sin número de expediente clínico	No aplica	Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	INER-CS-24

8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 No aplica



9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
5	2016	Actualización del procedimiento



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño		Hoja 102 de 172

10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Solicitud de estudios INER-CS-01

 	SOLICITUD DE ESTUDIOS	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COSÍO VILLEGAS</small> <small>DIRECCIÓN MÉDICA</small> <small>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y FARMACÉUTICOS</small> <small>CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO</small>												
		<table border="1" style="margin-left: auto;"> <tr> <td style="width: 30px;">DÍA</td> <td style="width: 30px;">MES</td> <td style="width: 30px;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	DÍA	MES	AÑO									
DÍA	MES	AÑO												
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>SERVICIO CLÍNICO: _____</td> <td>CAMA: _____</td> </tr> <tr> <td>CONSULTA EXTERNA: ()</td> <td>HOSPITALIZACIÓN: ()</td> </tr> <tr> <td>URGENCIAS: ()</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">CLÍNICA DE ESTUDIO DE: _____</td> </tr> <tr> <td>No. DE PROTOCOLO: _____</td> <td>No. DE CONVENIO: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO: _____</td> </tr> </table>		SERVICIO CLÍNICO: _____	CAMA: _____	CONSULTA EXTERNA: ()	HOSPITALIZACIÓN: ()	URGENCIAS: ()		CLÍNICA DE ESTUDIO DE: _____		No. DE PROTOCOLO: _____	No. DE CONVENIO: _____	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO: _____	
SERVICIO CLÍNICO: _____	CAMA: _____													
CONSULTA EXTERNA: ()	HOSPITALIZACIÓN: ()													
URGENCIAS: ()														
CLÍNICA DE ESTUDIO DE: _____														
No. DE PROTOCOLO: _____	No. DE CONVENIO: _____													
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO: _____														
MARQUE EL ESTUDIO QUE SOLICITE														
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> CS 01 POLISOMNOGRAFÍA (ESTUDIO COMPLETO)</td> <td><input type="checkbox"/> CS 07 VALORACIÓN DE SEGUIMIENTO CON CPAP/BIPAP</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CS 02 ESTUDIO SIMPLIFICADO</td> <td><input type="checkbox"/> CS 08 PRUEBAS DE SOMNOLENCIA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CS 03 PRUEBA SEMANAL TERAPEUTICA CON AUTO CPAP</td> <td><input type="checkbox"/> CS 09 PRUEBAS DE ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CS 04 PRUEBA MENSUAL TERAPEUTICA CON AUTO CPAP</td> <td><input type="checkbox"/> CS 10 LMS (LATENCIAS MÚLTIPLES DE SUEÑO)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CS 05 TRATAMIENTO CON CPAP (30 días)</td> <td></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> CS 01 POLISOMNOGRAFÍA (ESTUDIO COMPLETO)	<input type="checkbox"/> CS 07 VALORACIÓN DE SEGUIMIENTO CON CPAP/BIPAP	<input type="checkbox"/> CS 02 ESTUDIO SIMPLIFICADO	<input type="checkbox"/> CS 08 PRUEBAS DE SOMNOLENCIA	<input type="checkbox"/> CS 03 PRUEBA SEMANAL TERAPEUTICA CON AUTO CPAP	<input type="checkbox"/> CS 09 PRUEBAS DE ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN	<input type="checkbox"/> CS 04 PRUEBA MENSUAL TERAPEUTICA CON AUTO CPAP	<input type="checkbox"/> CS 10 LMS (LATENCIAS MÚLTIPLES DE SUEÑO)	<input type="checkbox"/> CS 05 TRATAMIENTO CON CPAP (30 días)			
<input type="checkbox"/> CS 01 POLISOMNOGRAFÍA (ESTUDIO COMPLETO)	<input type="checkbox"/> CS 07 VALORACIÓN DE SEGUIMIENTO CON CPAP/BIPAP													
<input type="checkbox"/> CS 02 ESTUDIO SIMPLIFICADO	<input type="checkbox"/> CS 08 PRUEBAS DE SOMNOLENCIA													
<input type="checkbox"/> CS 03 PRUEBA SEMANAL TERAPEUTICA CON AUTO CPAP	<input type="checkbox"/> CS 09 PRUEBAS DE ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN													
<input type="checkbox"/> CS 04 PRUEBA MENSUAL TERAPEUTICA CON AUTO CPAP	<input type="checkbox"/> CS 10 LMS (LATENCIAS MÚLTIPLES DE SUEÑO)													
<input type="checkbox"/> CS 05 TRATAMIENTO CON CPAP (30 días)														
IMPORTANTE: Confirmar su asistencia 2 días hábiles antes de su cita a los teléfonos 56.66.86.40 o al 56.66.45.39. Ext. 5242 de 9:00-14:00 horas, de no hacerlo su cita quedará cancelada.														
CITA: _____		HORA: _____												
<small>INER CS-01 (08-2015)</small>														

10.2 Cuestionario de primera vez para adultos INER-CS-02

	CUESTIONARIO DE PRIMERA VEZ DE ADULTOS		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">EPIWORTH</div>																																																	
SUBSECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO																																																				
<p>Fecha: _____ de _____ de 20____</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Fecha de nacimiento: _____ Género <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer Edad: _____</p> <p>Lugar de nacimiento: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Grado máximo de estudios: _____</p> <p>Teléfono de casa: _____</p> <p>Celular: _____</p> <p>Ocupación actual: _____</p> <p>Estado civil: _____</p> <p>El siguiente cuestionario es para conocer sus hábitos de sueño y algunas alteraciones relacionadas con ello. Lea detenidamente cada pregunta y si tiene duda alguna, dejela en blanco para ser aclarada durante su consulta.</p>	<p>8.- Con qué frecuencia us medicamentos para dormir (prescritos o automedicados)?</p> <p><input type="radio"/> Nunca</p> <p><input type="radio"/> Menos de una vez a la semana</p> <p><input type="radio"/> Una o dos veces por semana</p> <p><input type="radio"/> Tres veces o más por semana</p> <p>Anote el nombre de los medicamentos para dormir que us:</p> <p>_____</p>	<p>9.- ¿Usted ronca?</p> <p><input type="radio"/> Si (1)</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p>10.- ¿Qué tan fuerte ronca?</p> <p><input type="radio"/> Como una respiración fuerte.</p> <p><input type="radio"/> Como una conversación</p> <p><input type="radio"/> Más fuerte que una conversación (1)</p> <p><input type="radio"/> Muy fuerte (estridente, alto, estruendoso) (1)</p> <p>11.- ¿Qué tan frecuente ronca?</p> <p><input type="radio"/> Casi diario (1)</p> <p><input type="radio"/> 3 a 4 veces por semana (1)</p> <p><input type="radio"/> 1 a 2 veces por semana</p> <p><input type="radio"/> Nunca o casi nunca</p> <p>12.- ¿Sus ronquidos molestan a otras personas?</p> <p><input type="radio"/> Si (1)</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> No se</p> <p>13.- ¿Alguien ha notado que hace pausas en la respiración mientras duerme, y con qué frecuencia?</p> <p><input type="radio"/> Si, Casi diario (2)</p> <p><input type="radio"/> 3 o 4 veces por semana (2)</p> <p><input type="radio"/> 1 o 2 veces por semana</p> <p><input type="radio"/> No, nunca</p> <p>14.- ¿Siente que aunque duerme no descansa?</p> <p><input type="radio"/> Casi todos los días (1)</p> <p><input type="radio"/> 3 a 4 días de la semana (1)</p> <p><input type="radio"/> 1 a 2 días por semana</p> <p><input type="radio"/> 1 a 2 días al mes</p> <p><input type="radio"/> Nunca o casi nunca</p> <p>15.- Durante el día ¿Se siente cansado, fatigado o con poca energía?</p> <p><input type="radio"/> Casi todos los días (1)</p> <p><input type="radio"/> 3 a 4 días de la semana (1)</p> <p><input type="radio"/> 1 a 2 días por semana</p> <p><input type="radio"/> 1 a 2 días al mes</p> <p><input type="radio"/> Nunca o casi nunca</p> <p>16.- ¿Ha cabeceado o se ha dormido conduciendo?</p> <p><input type="radio"/> Si (1)</p> <p><input type="radio"/> No/No conduce</p> <p>17.- En caso afirmativo ¿con qué frecuencia le ocurre?</p> <p><input type="radio"/> Casi todos los días</p> <p><input type="radio"/> 3 a 4 días de la semana</p> <p><input type="radio"/> 1 a 2 días por semana</p> <p><input type="radio"/> 1 a 2 días por mes</p> <p><input type="radio"/> Nunca o casi nunca</p>	<p>INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas se relacionan a la posibilidad que tiene de quedarse dormido de cabecer en diferentes situaciones. Marque la opción que corresponda a lo que siente en las últimas 4 semanas. Si no ha hecho algunas de estas cosas recientemente, trate de imaginar cómo le afectarían.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Situación</th> <th colspan="4">Posibilidad de quedarse dormido</th> </tr> <tr> <th>Ninguna (0)</th> <th>Poca (1)</th> <th>Regular (2)</th> <th>Mucha (3)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sentado leyendo</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Viendo televisión</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sentado sin hacer nada en un lugar público</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Como pasajero en un carro o autobús en viajes de más de una hora</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Acostándose a descansar por la tarde si su trabajo se lo permite</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sentado platicando con alguien</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sentado después de la comida sin haber tomado bebidas alcohólicas</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>En un campo o autobús mientras se detiene por pocos minutos en el tráfico</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>18.- En los últimos 5 años, ¿Cuántos accidentes automovilísticos ha tenido por haberse quedado dormido manejando?</p> <p>Si _____ No _____</p> <p>19.- ¿Con qué frecuencia hace siesta?</p> <p><input type="radio"/> Nunca</p> <p><input type="radio"/> Rara vez (menos de una vez al mes)</p> <p><input type="radio"/> Algunas veces (1 a 2 veces por mes)</p> <p><input type="radio"/> Frecuentemente (1-2 veces por semana)</p> <p><input type="radio"/> Por lo general (3 a 5 veces por semana)</p> <p><input type="radio"/> Siempre (Todos los días)</p> <p>20.- En promedio ¿cuánto tiempo duran sus siestas?</p> <p>Si _____ No _____</p> <p>21.- ¿Durante esas siestas sueña?</p> <p>Si _____ No _____</p> <p>22.- ¿Con frecuencia le duele la cabeza al despertar?</p> <p>Si _____ No _____</p> <p>23.- ¿Con frecuencia se despierta por tener sensación de ahogo por la noche?</p> <p>Si _____ No _____</p> <p>24.- ¿Rechina los dientes mientras duerme?</p> <p>Si _____ No _____</p> <p>25.- Al despertar ¿Ha tenido la sensación de estar paralizado, como si estuviera algo o alguien encima de usted o se ha subido el cuerpo?</p> <p>Si _____ No _____</p> <p>26.- ¿Al tener una emoción intensa o una carcajada ¿Alguna parte de su cuerpo se ha quedado sin fuerza?</p> <p>Si _____ No _____</p> <p>27.- ¿Al quedarse dormido o al despertar ha visto, escuchado o sentido cosas que los demás no perciben?</p> <p>Si _____ No _____</p> <p>28.- ¿Le han dicho o ha percibido que tiene movimientos súbitos o sacudidas en las piernas o brazos mientras duerme?</p> <p>Si _____ No _____</p> <p>29.- ¿Ha presentado movimientos anormales mientras duerme?</p> <p>Si _____ No _____</p> <p>30.- ¿Ha tenido sensaciones desagradables, como de hormigueo o dolor en sus piernas, combinada con una urgencia o necesidad de mover sus piernas?</p> <p>Si _____ No _____</p> <p>31.- ¿Esas sensaciones ocurren más en reposo y mejoran con el movimiento?</p> <p>Si _____ No _____</p> <p>32.- ¿Son peores esas sensaciones en la tarde o noche que en la mañana?</p> <p>Si _____ No _____</p> <p>33.- ¿Por la noche, tiene dificultad para conciliar el sueño?</p> <p>Si _____ No _____</p> <p>34.- ¿Despierta a mitad de la noche y le es difícil conciliar el sueño?</p> <p>Si _____ No _____</p> <p>35.- ¿Por la mañana despierta más temprano de lo deseado y ya no le es posible conciliar el sueño?</p> <p>Si _____ No _____</p> <p>36.- ¿Con qué frecuencia toma bebidas como café, té o refresco de colá?</p> <p><input type="radio"/> Nunca</p> <p><input type="radio"/> Rara vez (menos de una vez al mes)</p> <p><input type="radio"/> Algunas veces (1 a 2 veces por mes)</p> <p><input type="radio"/> Frecuentemente (1-2 veces por semana)</p> <p><input type="radio"/> Por lo general (3 a 5 veces por semana)</p> <p><input type="radio"/> Siempre (Todos los días)</p> <p>37.- En promedio, ¿cuántas veces toma estas bebidas ¿cuántos vasos o tazas toma en un día?</p> <p>Si _____ No _____</p>	Situación	Posibilidad de quedarse dormido				Ninguna (0)	Poca (1)	Regular (2)	Mucha (3)	Sentado leyendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Viendo televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sentado sin hacer nada en un lugar público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Como pasajero en un carro o autobús en viajes de más de una hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acostándose a descansar por la tarde si su trabajo se lo permite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sentado platicando con alguien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sentado después de la comida sin haber tomado bebidas alcohólicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En un campo o autobús mientras se detiene por pocos minutos en el tráfico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situación	Posibilidad de quedarse dormido																																																			
	Ninguna (0)	Poca (1)	Regular (2)	Mucha (3)																																																
Sentado leyendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
Viendo televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
Sentado sin hacer nada en un lugar público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
Como pasajero en un carro o autobús en viajes de más de una hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
Acostándose a descansar por la tarde si su trabajo se lo permite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
Sentado platicando con alguien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
Sentado después de la comida sin haber tomado bebidas alcohólicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
En un campo o autobús mientras se detiene por pocos minutos en el tráfico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
INER-CS-02(09-2018)																																																				

INSTRUCCIONES: Marque la respuesta que mejor describa su estado de ánimo en las últimas dos semanas.

<p>1. Me siento lento (a) y cansado (a)</p> <p><input type="radio"/> 3 Casi todo el día</p> <p><input type="radio"/> 2 Gran parte del día</p> <p><input type="radio"/> 1 De vez en cuando</p> <p><input type="radio"/> 0 Nunca</p>	<p>8. Me siento lento (a) y torpe</p> <p><input type="radio"/> 3 Gran parte del día</p> <p><input type="radio"/> 2 A menudo</p> <p><input type="radio"/> 1 A veces</p> <p><input type="radio"/> 0 Nunca</p>
<p>2. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre</p> <p><input type="radio"/> 0 Ciertamente, igual que antes</p> <p><input type="radio"/> 1 No tanto como antes</p> <p><input type="radio"/> 2 Solamente un poco</p> <p><input type="radio"/> 3 Ya no disfruto con nada</p>	<p>9. Experimento una desagradable sensación de nervios y hormigueos en el estómago</p> <p><input type="radio"/> 0 Nunca</p> <p><input type="radio"/> 1 Solo en algunas ocasiones</p> <p><input type="radio"/> 2 A menudo</p> <p><input type="radio"/> 3 Muy a menudo</p>
<p>3. Siento una especie de temor, como si algo malo fuera a suceder</p> <p><input type="radio"/> 3 Si y muy intenso</p> <p><input type="radio"/> 2 Si, pero no muy intenso</p> <p><input type="radio"/> 1 Si, pero no me preocupa</p> <p><input type="radio"/> 0 No siento nada de eso</p>	<p>10. He perdido el interés en mi aspecto personal</p> <p><input type="radio"/> 3 Completamente</p> <p><input type="radio"/> 2 No me cuidó como debería de hacerlo</p> <p><input type="radio"/> 1 Es posible que no me cuidé como debería</p> <p><input type="radio"/> 0 Me cuidé como siempre lo he hecho</p>
<p>4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas</p> <p><input type="radio"/> 0 Igual que siempre</p> <p><input type="radio"/> 1 Actualmente, mucho menos</p> <p><input type="radio"/> 2 Actualmente, mucho menos</p> <p><input type="radio"/> 3 Actualmente, en absoluto</p>	<p>11. Me siento inquieto (a) como si no pudiera parar de moverme</p> <p><input type="radio"/> 3 Realmente mucho</p> <p><input type="radio"/> 2 Bastante</p> <p><input type="radio"/> 1 No mucho</p> <p><input type="radio"/> 0 En absoluto</p>
<p>5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones</p> <p><input type="radio"/> 3 Casi todo el día</p> <p><input type="radio"/> 2 Gran parte del día</p> <p><input type="radio"/> 1 De vez en cuando</p> <p><input type="radio"/> 0 Nunca</p>	<p>12. Espero las cosas con ilusión</p> <p><input type="radio"/> 0 Como siempre</p> <p><input type="radio"/> 1 Algo menos que antes</p> <p><input type="radio"/> 2 Mucho menos que antes</p> <p><input type="radio"/> 3 En absoluto</p>
<p>6. Me siento alegre</p> <p><input type="radio"/> 3 Nunca</p> <p><input type="radio"/> 2 Muy pocas veces</p> <p><input type="radio"/> 1 En algunas ocasiones</p> <p><input type="radio"/> 0 Gran parte del día</p>	<p>13. Experimento repentinas sensaciones de gran angustia o temor</p> <p><input type="radio"/> 3 Muy a menudo</p> <p><input type="radio"/> 2 Con cierta frecuencia</p> <p><input type="radio"/> 1 Raramente</p> <p><input type="radio"/> 0 Nunca</p>
<p>7. Soy capaz de permanecer sentado (a) tranquilo (a) y relajado (a)</p> <p><input type="radio"/> 0 Siempre</p> <p><input type="radio"/> 1 A menudo</p> <p><input type="radio"/> 2 Raras veces</p> <p><input type="radio"/> 3 Nunca</p>	<p>14. Soy capaz de disfrutar un buen libro o un buen programa de televisión</p> <p><input type="radio"/> 0 A menudo</p> <p><input type="radio"/> 1 Algunas veces</p> <p><input type="radio"/> 2 Pocas veces</p> <p><input type="radio"/> 3 Casi nunca</p>

HADS: A: _____ D: _____

SAQLI

INSTRUCCIONES: Queremos entender el impacto que la apnea del sueño y/o el ronquido ha tenido en sus actividades diarias, en sus emociones y en su relación con otras personas, así como los síntomas que hayan resultado. Elija la opción que mejor responda a su situación en las últimas dos semanas.

- | | |
|--|---|
| <p>1. ¿Qué tanto se ha tenido que esforzar para mantenerse despierto durante un día habitual? (por ejemplo en el trabajo, en la escuela, cuidando a los niños o en el trabajo de la casa)</p> <p><input type="radio"/> Nada</p> <p><input type="radio"/> Un poco de esfuerzo</p> <p><input type="radio"/> De un poco a una moderada cantidad de esfuerzo</p> <p><input type="radio"/> Moderada cantidad de esfuerzo</p> <p><input type="radio"/> De moderada a mucho esfuerzo</p> <p><input type="radio"/> Mucho esfuerzo</p> <p><input type="radio"/> Muy grande cantidad de esfuerzo</p> | <p>2. ¿Con qué frecuencia ha tenido que usar todos sus energías para cumplir con su actividad principal? (por ejemplo el trabajo, la escuela, cuidar de los niños o el trabajo de la casa)</p> <p><input type="radio"/> Nunca</p> <p><input type="radio"/> Rara vez</p> <p><input type="radio"/> De pocas a moderadas veces</p> <p><input type="radio"/> Moderadas veces</p> <p><input type="radio"/> De moderadas a muchas veces</p> <p><input type="radio"/> Muchas veces</p> <p><input type="radio"/> Muchísimas veces</p> |
|--|---|

- | | |
|---|--|
| <p>3. ¿Qué tan difícil le ha sido encontrar energía necesaria para hacer otras actividades? (como ejercicio o actividades recreativas)</p> <p><input type="radio"/> Nada difícil</p> <p><input type="radio"/> Un poco difícil</p> <p><input type="radio"/> De poco a moderadamente difícil</p> <p><input type="radio"/> Moderadamente difícil</p> <p><input type="radio"/> De moderadamente a muy difícil</p> <p><input type="radio"/> Muy difícil</p> <p><input type="radio"/> Mucho muy difícil</p> | <p>9. ¿Con qué frecuencia se ha sentido deprimido, triste o sin esperanza?</p> <p><input type="radio"/> Nunca</p> <p><input type="radio"/> Pocas veces</p> <p><input type="radio"/> De pocas veces a moderadas</p> <p><input type="radio"/> Moderadas veces</p> <p><input type="radio"/> De moderadas a muchas veces</p> <p><input type="radio"/> Muchas veces</p> <p><input type="radio"/> Muchísimas veces</p> |
| <p>4. ¿Qué tanto ha luchado para mantenerse despierto?</p> <p><input type="radio"/> Nada</p> <p><input type="radio"/> Un poco</p> <p><input type="radio"/> De poco a moderadamente</p> <p><input type="radio"/> Moderadamente</p> <p><input type="radio"/> De moderadamente a mucho</p> <p><input type="radio"/> Mucho</p> <p><input type="radio"/> Muchísimo</p> | <p>10. ¿Con qué frecuencia se ha sentido impaciente?</p> <p><input type="radio"/> Nunca</p> <p><input type="radio"/> Pocas veces</p> <p><input type="radio"/> De pocas veces a moderadas</p> <p><input type="radio"/> Moderadas veces</p> <p><input type="radio"/> De moderadas a muchas veces</p> <p><input type="radio"/> Muchas veces</p> <p><input type="radio"/> Muchísimas veces</p> |
| <p>5. ¿Qué tanto problema le causó el que digan que su ronquido es molesto?</p> <p><input type="radio"/> Nada</p> <p><input type="radio"/> Un poco</p> <p><input type="radio"/> De poco a moderadamente</p> <p><input type="radio"/> Moderadamente</p> <p><input type="radio"/> De moderadamente a mucho</p> <p><input type="radio"/> Mucho</p> <p><input type="radio"/> Muchísimo</p> | <p>11. ¿Qué tan problemático le es enfrentarse a los asuntos cotidianos?</p> <p><input type="radio"/> Nada</p> <p><input type="radio"/> Un poco</p> <p><input type="radio"/> De poco a moderadamente</p> <p><input type="radio"/> Moderadamente</p> <p><input type="radio"/> De moderadamente a mucho</p> <p><input type="radio"/> Mucho</p> <p><input type="radio"/> Muchísimo</p> |
| <p>6. ¿Qué tanto problema le causan discusiones o conflictos frecuentes con los que le rodean?</p> <p><input type="radio"/> Nada</p> <p><input type="radio"/> Un poco</p> <p><input type="radio"/> De poco a moderadamente</p> <p><input type="radio"/> Moderadamente</p> <p><input type="radio"/> De moderadamente a mucho</p> <p><input type="radio"/> Mucho</p> <p><input type="radio"/> Muchísimo</p> | <p>12. ¿Qué tan problemático le resulta la falta de energía?</p> <p><input type="radio"/> Nada</p> <p><input type="radio"/> Un poco</p> <p><input type="radio"/> De poco a moderadamente</p> <p><input type="radio"/> Moderadamente</p> <p><input type="radio"/> De moderadamente a mucho</p> <p><input type="radio"/> Mucho</p> <p><input type="radio"/> Muchísimo</p> |
| <p>7. ¿Con qué frecuencia ha buscado excusas para justificar que esté cansado?</p> <p><input type="radio"/> Nada</p> <p><input type="radio"/> Un poco</p> <p><input type="radio"/> De poco a moderadamente</p> <p><input type="radio"/> Moderadamente</p> <p><input type="radio"/> De moderadamente a mucho</p> <p><input type="radio"/> Mucho</p> <p><input type="radio"/> Muchísimo</p> | <p>13. ¿Qué tan problemático le resulta la fatiga?</p> <p><input type="radio"/> Nada</p> <p><input type="radio"/> Un poco</p> <p><input type="radio"/> De poco a moderadamente</p> <p><input type="radio"/> Moderadamente</p> <p><input type="radio"/> De moderadamente a mucho</p> <p><input type="radio"/> Mucho</p> <p><input type="radio"/> Muchísimo</p> |
| <p>8. ¿Con qué frecuencia no ha deseado hacer cosas con su familia y/o amigos?</p> <p><input type="radio"/> Nunca</p> <p><input type="radio"/> Pocas veces</p> <p><input type="radio"/> De pocas veces a moderadas</p> <p><input type="radio"/> Moderadas veces</p> <p><input type="radio"/> De moderadas a muchas veces</p> <p><input type="radio"/> Muchas veces</p> <p><input type="radio"/> Muchísimas veces</p> | <p>14. ¿Qué tan problemático le ha resultado despertar y sentir que no ha descansado?</p> <p><input type="radio"/> Nada</p> <p><input type="radio"/> Un poco</p> <p><input type="radio"/> De poco a moderadamente</p> <p><input type="radio"/> Moderadamente</p> <p><input type="radio"/> De moderadamente a mucho</p> <p><input type="radio"/> Mucho</p> <p><input type="radio"/> Muchísimo</p> |

SF-12

INSTRUCCIONES: Queremos saber su opinión sobre su salud. Esta información nos ayudará a saber cómo se siente usted y si es capaz de hacer sus actividades diarias. Responda cada pregunta indicando la opción que corresponde a cómo se siente. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto. **MARQUE UNA SOLA RESPUESTA.**

1. En general, ¿cómo diría que su salud es:
- Excelente
 - Muy buena
 - Buena
 - Regular
 - Mala

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

2. Su salud actual ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, una silla de ruedas, hacer compras, limpiar la casa o cambiarse de ropa?
- Sí, me limita mucho
 - Sí, me limita un poco
 - No, no me limita nada
3. Su salud actual, ¿le limita para hacer cosas como subir tres o más escalones?
- Sí, me limita mucho
 - Sí, me limita un poco
 - No, no me limita nada

DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿TUVO USTED ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS EN SU TRABAJO O ACTIVIDADES DIARIAS?

4. ¿Hizo menos de lo que le gustaría hacer a causa de su salud física?
- Sí
 - No
5. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en actividades cotidianas, a causa de su salud física?
- Sí
 - No
6. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- Sí
 - No
7. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
- Sí
 - No
8. ¿Hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?
- Nada
 - Un poco
 - Regular
 - Bastante
 - Mucho

9. ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?
- Siempre
 - Casi siempre
 - Muchas veces
 - Algunas veces
 - Sólo alguna vez
 - Nunca

10. ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?
- Siempre
 - Casi siempre
 - Muchas veces
 - Algunas veces
 - Sólo alguna vez
 - Nunca

11. ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?
- Siempre
 - Casi siempre
 - Muchas veces
 - Algunas veces
 - Sólo alguna vez
 - Nunca

12. ¿Con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?
- Siempre
 - Casi siempre
 - Algunas veces
 - Sólo alguna vez
 - Nunca

38. ¿Algún familiar en primer grado (hijo, padre o hermano) de usted tiene mucho sueño durante el día o tiene una enfermedad del sueño?
- Sí _____ No _____

39. ¿Con qué frecuencia tome usted bebidas alcohólicas?
- Nunca
 - Menos de una vez al mes
 - 1-2 veces por mes
 - 1-2 veces por semana
 - 3 o más veces por semana

40. En promedio, ¿cuántas veces toma bebidas alcohólicas, cuántas copas o cervezas toma?
- _____

41. ¿Fume actualmente?
- Sí _____ No _____

42. ¿Cuántos años ha fumado en total en su vida?
- _____ Años.

43. ¿Cuántos cigarrillos en promedio ha fumado por día?
- _____ Cigarrillos.

44. ¿Padece hipertensión arterial (presión alta)?
- Sí (+)
 - No
 - No lo sé

45. ¿Padece enfermedades del corazón?
- Sí _____ No _____

46. ¿Padece enfermedades de los pulmones?
- Sí _____ No _____

47. ¿Padece diabetes o azúcar alta?
- Sí _____ No _____

48. ¿Padece enfermedades de la tiroides?
- Sí _____ No _____

49. ¿Ha padecido o padece gastritis, úlcers, reflujo gastroesofágico agudo?
- Sí _____ No _____

50. ¿Padece o ha padecido algún tipo de cáncer o tumor? ¿Cuál?
- No Sí _____

51. ¿Ha notado que su voz ha cambiado en los últimos meses?
- Sí _____ No _____

52. ¿Con qué frecuencia ha despertado con ronquera o dificultad para hablar en los últimos 3 meses?
- Sí _____ No _____

53. ¿Con frecuencia tiene tos por la noche?
- Sí _____ No _____

54. ¿Con qué frecuencia le silba el pecho por la noche?
- Sí _____ No _____

55. ¿Con frecuencia tiene sensación de algo extraño en su garganta, como fiama?
- Sí _____ No _____

56. ¿Estornuda muy frecuentemente en el día?
- Sí _____ No _____

En el último mes (1 mes), ¿Qué tantos problemas le causaron las siguientes condiciones?

Por favor encierre en un círculo la respuesta correcta	En el último mes (1 mes), ¿Qué tantos problemas le causaron las siguientes condiciones?				
	0	1	2	3	4
0: Ningún problema	1: Problema muy leve	2: Problema moderado	3: Problema grave	4: Problema muy grave	
0: Ningún problema	1: Problema muy leve	2: Problema moderado	3: Problema grave	4: Problema muy grave	
0: Ningún problema	1: Problema muy leve	2: Problema moderado	3: Problema grave	4: Problema muy grave	
0: Ningún problema	1: Problema muy leve	2: Problema moderado	3: Problema grave	4: Problema muy grave	

En las siguientes líneas anote los medicamentos que utiliza actualmente y la forma como se los ha indicado su médico:

LA SIGUIENTE SECCIÓN ES PARA SER LLENADA POR EL MÉDICO DE LA CLÍNICA DE SUEÑO, MUCHAS GRACIAS

PESO: _____ TALLA: _____ IMC: _____
 CUELLO: _____ PER. ABD: _____ TAL: _____
 FC: _____ SpO2: _____ ETIC2: _____

OROPARINGE



MALLAMPATI

AMIGDALAS



BERLIN: _____ CAT _____ RIESGO DE SAOS: _____
 EPWORTH: _____/24 _____ TAL _____
 SACS: _____ PTS _____ PROBAB SAOS: _____

10.3 Cuestionario de primera vez para niños INER-CS-03

Este cuestionario está diseñado para obtener información sobre la salud general y hábitos de sueño en niños y niñas. Debe ser llenado por los padres o cuidadores del paciente. Por favor responda todas las preguntas, de acuerdo a la salud y sueño del niño (a) en los últimos 6 meses.

Fecha en la que se llena el formato			
Nombre completo del paciente			Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día)
Edad (años y meses)	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Lugar de nacimiento	
Calle		Número exterior	Número interior
Delegación/Municipio		Estado	

Antecedentes y hábitos en casa
1. ¿De cuántos meses de embarazo nació el niño(a)? _____ Meses
2. ¿Cuál fue el peso de su hijo(a) al nacer? _____ Kg
3. ¿La madre del niño(a) fumó durante el embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. ¿El niño(a) necesitó terapia intensiva al nacer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. ¿El niño(a) necesitó oxígeno al salir del hospital? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿La madre del niño(a) fuma dentro de casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. ¿El padre del niño(a) fuma dentro de casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. Sin contar al padre y a la madre del niño(a) ¿alguna otra persona fuma dentro de casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9. Sin considerar al kinder ¿Cuántos años de escuela COMPLETOS estudió el padre del niño(a)? _____ Años
10. Sin considerar al kinder ¿Cuántos años de escuela COMPLETOS estudió la madre del niño(a)? _____ Años

SALUD GENERAL
11. ¿Alguna vez en la vida algún médico le ha dicho que el(a) niño(a) tenía o tiene alguna de las siguientes enfermedades? a) Enfermedades del corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No b) Enfermedades del hígado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No c) Enfermedades del riñón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No d) Reflujo gastroesofágico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No e) Problemas para pasar el alimento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No f) Problemas de conducta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No g) Problemas neurológicos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No h) Desnutrición <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No i) Sobre peso u obesidad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No j) Alergias <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No k) Asma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No l) Infecciones urinarias <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No m) Dolor de estómago <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No n) Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No o) Rinitis alérgica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12. ¿Cuántas veces al año su hijo necesita antibiótico por infección en la garganta o gripa o anginas? _____ veces al año.
13. Si el(a) niño(a) tiene alguna otra enfermedad crónica que le haya diagnosticado un médico, especifique cual(es) _____
14. Si el(a) niño(a) recibe algún tratamiento(s) o toma algún medicamento para alguna enfermedad crónica, especifique cual(es) _____
15. ¿Cuántos días a la semana el(a) niño(a) realiza ejercicio físico tan intenso que lo haga respirar rápido o que sude o que se agite? Nunca <input type="checkbox"/> Menos de 3 días a la semana <input type="checkbox"/> De 3 a 5 días a la semana <input type="checkbox"/> Más de 5 días a la semana <input type="checkbox"/>
16. ¿Cuántas horas al día <u>entre semana</u> el(a) niño(a) ve televisión, usa tablet, computadora, teléfono celular o videojuegos? _____ horas al día.
17. ¿Cuántas horas al día en <u>fin de semana o vacaciones</u> el(a) niño(a) ve televisión, usa tablet, computadora, celular o videojuegos? _____ horas al día.

HORAS DE SUEÑO
17. ¿Durante la semana a qué hora se acostó a dormir el(a) niño(a)? _____ pm _____ am
18. ¿Durante la semana a qué hora se despertó el(a) niño(a)? _____ am _____ pm
19. ¿Durante el fin de semana a qué hora se acostó a dormir el(a) niño(a)? _____ am _____ pm
20. ¿Durante el fin de semana a qué hora se despertó el(a) niño(a)? _____ am _____ pm
21. ¿Cuántas horas por noche duerme el(a) niño(a) entre semana? _____ horas
22. ¿Cuántas horas por noche duerme el(a) niño(a) en fin de semana? _____ horas
23. ¿El(a) niño(a) duerme siesta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
24. Si el(a) niño(a) duerme siesta: ¿cuánto tiempo dura la siesta? _____ horas _____ minutos

Señale en cada pregunta la opción que mejor describe la situación del niño(a) en relación a su sueño en los últimos 6 meses.




	Siempre 7 veces/ semana	Frecuentemente 5-6 veces/semana	Algunas veces 3-4 veces/semana	Rara vez 1-2 veces/semana	Nunca 0/semana
¿El(a) niño(a) tiene dificultad para quedarse dormido cuando se acostaba por las noches?					
¿El niño(a) se despierta en la noche y le es difícil dormirse nuevamente?					
¿El niño(a) se despierta en la madrugada y ya no puede dormir?					
¿El niño(a) duerme solo en su cama?					
¿El niño (a) va a la cama de otra persona (padres, abuelos, hermanos) a dormir porque no puede dormir solo?					
¿El niño (a) llora o se resiste para ir a dormir?					
¿El niño(a) tiene miedo de dormir en la oscuridad?					
¿El niño(a) tiene miedo de dormir solo?					
¿El niño(a) tiene dificultad para dormir fuera de casa?					

	Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Nunca
¿Con qué frecuencia el(a) niño(a) ronca?					
¿Con qué frecuencia ha notado que el niño(a) deje de respirar mientras duerme?					
¿Con qué frecuencia ha notado que el(a) niño(a) respire como si se estuviera ahogando mientras duerme?					
¿Con qué frecuencia ha tenido que cuidar al niño(a) durante la noche para ver si respira bien mientras duerme?					
¿Con qué frecuencia su hijo se orina en la cama mientras duerme?					
¿El niño suda mucho en las noches hasta mojar su ropa?					



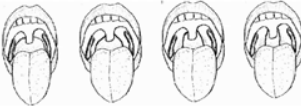


	Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Nunca
¿Con qué frecuencia el niño(a) tiene sueño o se queda dormido(a) en clase?					
¿Tiene sueño o se queda dormido(a) haciendo tareas?					
¿Tiene sueño o se queda dormido(a) mientras viaja en auto o algún transporte?					
¿Que tan frecuentemente el niño(a) se siente cansado(a) durante el día?					
¿Que tan frecuente tiene dificultad para levantarse de la cama en las mañanas?					
¿Se despierta solo(a) en las mañanas?					
¿Regresa a la cama a dormir después de despertarse en las mañanas?					
¿Tiene sueño o se queda dormido(a) mientras ve televisión?					

	Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Nunca
¿El(a) niño(a) habla mientras duerme?					
¿El(a) niño(a) está inquieto(a) y se mueve mucho mientras duerme?					
¿El(a) niño(a) se despierta en la noche gritando, asustado(a) y es difícil de consolar?					
¿El(a) niño(a) tiene pesadillas?					
¿El(a) niño(a) camina dormido(a)?					
¿El(a) niño(a) dormido(a) tiene movimientos como si "actuara sus sueños"?					


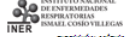

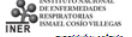
	Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Nunca
¿El niño tiene dolores de crecimiento?					
¿Se queja de molestias raras en las piernas (dolor, hormigueo, comezón) al estar acostado(a) y/despuesto(a) a dormir?					
¿Estas sensaciones se alivian temporalmente cuando mueve las piernas o camina o le da masaje?					
¿Estas sensaciones ocurren más en la noche?					
¿Estas sensaciones le dificultan conciliar el sueño?					
¿Tiene temblores en las piernas o le brincan las piernas mientras duerme?					
¿Alguien en la familia ha padecido "piernas inquietas" o movimientos de las piernas mientras duerme?					
¿Rechina los dientes cuando duerme?					

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño		Hoja 108 de 172

EXPLORACIÓN FÍSICA

Favor de no escribir en esta área			
Peso	kg	Talla	metros
SuO2		FC	TA
Explorar apertura bucal sin abatelenguas Clase I Clase II Clase III Clase IV  MALLAMPATI		Tamaño de las amígdalas con abatelenguas y sin arqueado 0 I II III IV  AMÍGDALAS OBSTRUCTIVAS	
Explorar apertura bucal sin abatelenguas Clase I Clase II Clase III Clase IV  PILARES		 Espacio cricoental _____ cm	
Pterografía nasal line 		Normal (1) Retrognata (2) Micrognata (3) Prognata (4)	

10.4 Programación de estudios INER-CS-09

	PROGRAMACIÓN DE ESTUDIOS 		PROGRAMACIÓN DE ESTUDIOS 
---	--	---	--

INSTRUMENTO DE REGISTRO

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, OBESIDAD Y ALERGIA
DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y PARAMÉTRICOS
CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO

EDAD: _____ GÉNERO: <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO CONSULTA DE (A): _____ RESIDENTE QUE PROGRAMA: _____ FECHA DE ESTUDIO: _____ TELÉFONOS: _____	NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
---	---

OCCUPACIÓN: _____ LUGAR DE RESIDENCIA: _____

I. **DIAGNÓSTICOS:** _____

II. **TIPO DE PACIENTE:**
 A) ADULTO
 B) NIÑO (<13 años)
 C) OBESIDAD MORBIDA
 D) ENFERMEDAD NEUROMUSCULAR O DISCAPACIDAD
 ¿Requiere familiar acompañante? _____

III. **TIPO DE ESTUDIO:**
 A) POLISOMNOGRAFÍA ESTÁNDAR NOCTURNA
 - Registro basal
 - Dividido
 - Ventilatorio
 B) POLISOMNOGRAFÍA DIURNA
 C) POLIGRAFÍA RESPIRATORIA monitor: _____
 - Basal
 - Con Auto CPAP
 - Ventilatorio
 D) LATENCIAS MÚLTIPLES AL SUEÑO
 E) APAP Programación: _____

IV. **INDICACIONES ESPECIALES DE MONITOREO**
 A) CON MEDICIÓN TC DE CO₂
 B) MONTAJE ESPECIAL
 C) VIDEOPOLISOMNOGRAFÍA




V. ¿REQUERIRÁ O₂ SUPLE DE INICIO? NO _____ SI _____ Lx _____

VI. **PARA REGISTRO CON PAP:** EQUIPO del laboratorio del paciente
 Modo: _____ Presiones: _____ Mascara: _____
 Otras variables: FR: _____ VOL: _____
 De BIVEL T₁: _____ T₂: _____


VI. **INDICACIONES ESPECIALES DEL MÉDICO**

INSTRUCTIVO DE LLENADO


NUMERO	CONCEPTO	SE ANOTARA
1	AREA DE PLAQUEADO	SE PLAQUEA CON LA TARIETA PLASTICA DEL PACIENTE
2	FECHA	DIA, MES Y AÑO ENN QUE SE LLENA LA SOLICITUD
3	EDAD	EDAD DEL PACIENTE
4	GENERO	SE MARCA SI EL PACIENTE ES MASCULINO O FEMENINO
5	CONSULTA DR(A):	NOMBRE DEL MEDICO CON QUIEN TIENE PROGRAMADA LA CONSULTA
6	RESIDENTE QUE PROGRAMA	EL NOMBRE DEL MEDICO RESIDENTE QUE PROGRAMA ES ESTUDIO
7	FECHA DE ESTUDIO	FECHA DE DEL ESTUDIO EN CLINICA DE SUEÑO
8	TELEFONO	TELEFONOS DEL PACIENTE
9	EPIWORTH	RESULTADO EN PUNTOS DE SOMNOLENCIA
10	CUELLO	MEDIDAS DEL CUELLO EN CENTIMETROS.
11	I.M.C.	RESULTADO DE LA FORMULA DE INDICE DE MASA CORPORAL
12	HIPERTENSION	MARCA SI EL PACIENTE ES HIPERTENSO O NO
13	SLEEP APNEA CLINICAL SCORE	PROBABILIDAD QUE TIENE EL PACIENTE DE TENER APNEA DEL SUEÑO
14	OCCUPACION	A QUE SE DEDICA EL PACIENTE
15	LUG. DE RESIDENCIA	EL LUGAR DONDE VIVE EL PACIENTE
16	DIAGNOSTICO PROBABLE	EL LA ENFERMEDAD PROBABLE DEL PACIENTE
17	TIPO DE PACIENTE	SE MARCA A, B, C, SEGUN EL CASO
18	TIPO DE ESTUDIO	SE MARCA EL ESTUDIO QUE SE SOLICITA
19	INDICACIONES PARA EL REGISTRO	SE MARCA LA OPCION QUE CORRESPONDA AL ESTUDIO
20	INDICACIONES ESPECIALES DE MONITOREO	SE MARCA LA OPCION CORRESPONDIENTE AL ESTUDIO
21	INDICACIONES ESPECIALES DEL MEDICO	SE ANOTA SI EXISTE ALGUNA INDICACION PARTICULAR PARA EL ESTUDIO

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño		Hoja 110 de 172

10.5 Indicaciones para poligrafía respiratoria durante el sueño INER-CS-11



INDICACIONES PARA POLIGRAFÍA RESPIRATORIA DURANTE EL SUEÑO



INSTITUTO NACIONAL DE ENTIDADES RESPIRATORIAS ISMAEL CORDO VILLEGAS
Dirección Médica
Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Farmacéuticos
Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño




USTED FUE PROGRAMADO PARA ESTUDIO DE SUEÑO

Es muy importante que siga estas indicaciones:




- I. Para confirmar su asistencia, debe **PAGAR UN MES ANTES** de la fecha programada y entregar inmediatamente el comprobante a la recepción de la clínica. El límite para entregar el recibo de pago es una semana antes del estudio, de lunes a viernes de 8:00 a 14:00 horas.
- II. Si usted vive fuera del área metropolitana, puede pagar el mismo día del estudio, pero deberá confirmar vía telefónica su asistencia una semana antes al teléfono: 01 55 56 66 86 40.

SI NO CONFIRMA SU ESTUDIO QUEDARÁ CANCELADO

- III. **COMO ACUDIR:**
 - Al llegar al INER, es necesario que muestre su carnet o solicitud de estudio con el registro de la cita programada. Una vez en la clínica de sueño **toque el timbre** para avisar de su llegada y espere indicaciones del personal.
 - Le pedimos sea puntual, **NO HAY TOLERANCIA**. El estudio es simple, cómodo y sin riesgos. Un técnico lo recibirá y le será asignada una recámara individual. Posteriormente, le colocarán varios sensores, entre ellos uno en el cuello y otro en un dedo de la mano. Es importante que siga las indicaciones que se describen para poder realizar su estudio adecuadamente.
 - Deberá tomar previamente un baño.
- Se prohíbe introducir alimentos en la habitación, solo podrá ingresar una botella de agua. Tome alimentos ligeros antes de acudir. No debe ingerir café, té, chocolate, bebidas de cola o alcohólicas.

- IV. **QUE DEBE TRAER:**
 - Durante su estudio, niños y adultos deben usar **pijama** de 2 piezas con abertura o botones al frente. Por higiene **NO** se le permitirá dormir con la ropa que trae puesta. Solo en caso de frío se le permitirá un suéter. No olvide traer sus artículos de higiene personal (cepillo de dientes, pasta, sandalias, etcétera).








- Evite traer objetos de valor ya que el servicio no se hace responsable por pérdidas. El teléfono celular debe permanecer **APAGADO** a partir de que ingrese a su estudio.
- Si toma medicamentos debe traerlos (sólo si su médico se lo indica puede suspenderlos). El técnico no tiene acceso a ninguna clase de medicamentos.
- Sus familiares **no** podrán acompañarlo durante el estudio excepto si se trata de menores de edad, adultos mayores o con capacidades diferentes. Los familiares **no** podrán ingerir alimentos, sentarse en la cama, ni utilizar aparatos electrónicos en la habitación del paciente.
- Si el estudio será realizado con **EQUIPO DE SU PROPIEDAD (CPAP/BINIVEL)**, deberá traerlo, así como todos sus accesorios ya que el laboratorio no cuenta con equipos para tratamiento.

Durante su estudio deberá mostrar respeto hacia el personal que lo atiende.

- Ocasionalmente por motivos ajenos a nuestro control debemos posponer algunos estudios, en tal caso nos comunicaremos oportunamente con usted, le pedimos que proporcione sus números de teléfono correctos.
- La interpretación de su estudio lleva de 2 a 3 semanas, por lo que los resultados se proporcionarán según sea el caso en:
 - Cita médica programada
 - Enviados a la institución donde es atendido
 - Expediente clínico del INER.
- Si requiere albergue diríjase al departamento de Trabajo Social.

Todas estas indicaciones son necesarias para realizar un estudio, la falta de cumplimiento en cualquiera de las condiciones descritas ocasionará la cancelación de su estudio, aun cuando usted ya se encuentre en las instalaciones y haya pagado.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño		Hoja 111 de 172

10.6 Cuestionario posterior al estudio INER-CS-14



CUESTIONARIO POSTERIOR AL ESTUDIO



Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Paramédicos
Dirección Médica
Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño



CUESTIONARIO POSTERIOR AL ESTUDIO



Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Paramédicos
Dirección Médica
Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño

PARA SER LLENADO POR EL PACIENTE
BUENOS DIAS

INSTRUCTIVO DE LLANADO

SI TIENE ALGUNA DUDA AL CONTESTAR EL SIGUIENTE CUESTIONARIO, POR FAVOR PREGUNTE AL TÉCNICO QUE LE ATIENDE.

FECHA: _____ NOMBRE DEL PACIENTE: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____

1.- ¿CUÁNTO TIEMPO TARDO EN DORMIRSE? _____

2.- EN COMPARACIÓN AL TIEMPO QUE TARDA EN DORMIR EN SU CASA, EL TIEMPO FUE:

- a) IGUAL.
- b) MÁS TIEMPO DE LO USUAL.
- c) MENOS TIEMPO DE LO USUAL.

3.- ¿APROXIMADAMENTE CUANTAS HORAS DURMIÓ ANOCHE? _____

4.- EN COMPARACIÓN AL TIEMPO QUE DUERME USUALMENTE EN SU CASA, EL TIEMPO FUE?

- a) IGUAL.
- b) MÁS TIEMPO DE LO USUAL.
- c) MENOS TIEMPO DE LO USUAL.

5.- ¿CUÁNTO TIEMPO ESTUVO DESPIERTO? _____

6.- ¿CUÁNTAS VECES DESPERTÓ DURANTE LA NOCHE? _____

7.- ¿POR QUÉ MOTIVOS DESPERTÓ? _____

8.- ¿CÓMO CONSIDERA QUE FUE LA CALIDAD DE SU SUEÑO ANOCHE?




- a) IGUAL A LA HABITUAL.
- b) MEJOR A LA HABITUAL.
- c) PEOR A LA HABITUAL.

9.- ¿QUÉ FUE LO QUE LE MOLESTO MÁS DEL ESTUDIO?

10.- ¿CÓMO SE SIENTE EN ESTE MOMENTO?

- a) DESCANSADO.
- b) CANSADO.
- c) OTRO: _____

NUMERO	CONCEPTO	SE ANOTARA
1	NOMBRE DEL PACIENTE	NOMBRE (S) Y APELLIDOS DEL PACIENTE.
2	FECHA	FECHA EN QUE SE LE ESTA REALIZANDO ESTUDIO.
3	¿CUÁNTO TIEMPO TARDO EN DORMIRSE?	CUANTO TIEMPO CREE QUE SE TARDO EN DORMIR.
4	EN COMPARACION AL TIEMPO QUE TARDA EN DORMIR EN SU CASA, EL TIEMPO FUE	MARCAR LA OPCION QUE CONSIDERE ADECUADA.
5	¿CUÁNTO TIEMPO ESTUVO DESPIERTO?	ANOTAR CUANTO TIEMPO CREE QUE ESTUVO DESPIERTO DURANTE LA PRUEBA.
6	¿EN COMPARACION AL TIEMPO QUE DUERME USUALMENTE EN SU CASA, EL TIEMPO FUE	MARCAR LA OPCION QUE CONSIDERE ADECUADA.
7	¿CUÁNTO TIEMPO ESTUVO DESPIERTO?	CUANTO TIEMPO CREE QUE ESTUVO DESPIERTO DURANTE ES ESTUDIO.
8	¿CUÁNTAS VECES DESPERTO DURANTE LA NOCHE?	EL NUMERO DE VECES QUE DESPERTO DUANTE LA NOCHE
9	¿POR QUE MOTIVOS DESPERTO?	LA CAUSA O RAZON POR LAS QUE DESPERTO
10	¿CÓMO CONSIDERA QUE FUE LA CALIDAD DE SU SUEÑO ANOCHÉ?	COMO DURMIÓ DURANTE LA NOCHE
11	¿QUE FUE LO QUE LE MOLESTOMAS DEL ESTUDIO?	SI ALGO DURANTE LA REALIZACION DEL ESTUDIO LE MOLESTO
12	¿CÓMO SE SIENTE EN ESTE MOMENTO?	MARCAR LA OPCION QUE CONSIDERE ADECUADA

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño		Hoja 112 de 172

10.7 Cuestionario al previo estudio INER-CS-15



CUESTIONARIO PREVIO AL ESTUDIO



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
 INER
 Dirección Médica
 Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Paramédicos
 Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño

PARA SER LLENADO POR EL PACIENTE
BUENAS NOCHES

SI TIENE ALGUNA DUDA AL CONTESTAR EL SIGUIENTE CUESTIONARIO, POR FAVOR PREGUNTE A LA PERSONA QUE LE ATIENDE.

FECHA: _____

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

1.- ¿CUANTAS HORAS DURMIÓ LA PASADA NOCHE? _____ HORAS

2.- ¿TOMO SIESTA EL DÍA DE HOY? SI NO

¿A QUE HORA? _____ ¿CUÁNTO DURO? _____

3.- ¿A QUE HORA SE DUERME HABITUALMENTE? _____

4.- ¿A QUE HORA SE DESPIERTA HABITUALMENTE? _____

5.- ¿A QUE HORA TOMO SU ÚLTIMO ALIMENTO HOY? _____

6.- ¿TOMO CAFÉ O REFRESCO DE COLA EL DÍA DE HOY? SI NO

¿A QUE HORA? _____

7.- ¿INGIRIÓ BEBIDAS ALCOHÓLICAS EL DÍA HOY? SI NO

8.- POR FAVOR ANOTE LOS MEDICAMENTOS QUE HA TOMADO EL DÍA DE HOY.

9.- ¿PRESENTA ALGUNA MOLESTIA EN ESTE MOMENTO? _____

10.- ¿ANTES DE ACUDIR A SU ESTUDIO, EL DÍA DE HOY HA SIDO DIFERENTE A LO HABITUAL? _____

10.8 Cuestionario para Latencias Múltiples INER-CS-17

INSTRUCTIVO DE LLENADO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S) AAAA/MM/DD

No. DE EXPEDIENTE: _____ No. de PSG: _____ GÉNERO: FEMENINO MASCULINO EDAD: _____

DIAGNÓSTICO: _____

INDICACIÓN DEL ESTUDIO: _____

CUESTIONARIO PARA SER LLENADO POR EL PACIENTE




POR FAVOR CONTESTE CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS CON UN **SI** O **NO**.

	1ª SIESTA	2ª SIESTA	3ª SIESTA	4ª SIESTA
SINTIO QUE DURMÍO				
CUANTO TIEMPO TARDO EN DORMIRSE				
CUANTO TIEMPO CREE USTED QUE DURMÍO				
SOÑO USTED				
RECUERDA CLARAMENTE LO QUE SOÑÓ				
SINTIO FRÍO				
SINTIO CALOR				
SINTIO COMEZÓN EN LAS PIERNAS				
ESCUCHO USTED RUIDOS (CUALES)				
COMENTARIOS				

REPORTE TÉCNICO

	1ª SIESTA	2ª SIESTA	3ª SIESTA	4ª SIESTA
INICIO (hora/época)				
LATENENCIA A SUEÑO N MOR (tiempo/época)				
LATENENCIA A SUEÑO MOR (tiempo/época)				
TERMINA (hora/época)				

NUMERO	CONCEPTO	SE ANOTARA
1	NOMBRE DEL PACIENTE	NOMBRE(S) Y APELLIDOS DEL PACIENTE.
2	EXPEDIENTE	No. DE EXPEDIENTE EN EL INER.
3	No. PSG	No. DE ESTUDIO CONSECUTIVO CORRESPONDIENTE A PSG.
4	EDAD	EDAD DEL PACIENTE.
5	GÉNERO	SE MARCARA "F" O "M" SEGUN EL CASO.
6	DIAGNÓSTICO	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA O DIAGNÓSTICO DEFINITIVO.
7	INDICACIÓN DEL ESTUDIO	INDICAR CUAL ES LA RAZÓN POR LA CUAL SE PIDE LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO.
8	EPWORTH	ESCALA DE EVALUACIÓN DE SOMNOLENCIA DIURNA.
9	PESO	PESO DEL PACIENTE EN KILOGRAMOS.
10	TALLA cm.	ESTATURA DEL PACIENTE.
11	BMC _____ Kg./m ²	ÍNDICE DE MASA CORPORAL.
12	CUESTIONARIO	EL PACIENTE CONTESTARÁ CADA UNA DE LAS PREGUNTAS CON UN "SI" O UN "NO".
13	REPORTE TÉCNICO	INDICAR LA DURACIÓN DE CADA UNA DE LAS PRUEBAS, ASÍ COMO LA PRESENCIA O NO DE LOS DIFERENTES ESTADIOS DEL SUEÑO.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño		Hoja 114 de 172

10.9 Indicaciones de estudio de polisomnografía INER-CS-20

12. Sus familiares no podrán acompañarlo durante el estudio excepto si se trata de menores de edad, adultos mayores o con discapacidades diferentes. Los familiares no podrán ingerir alimentos, sentarse en la cama, ni utilizar aparatos electrónicos en la habitación del paciente.



13. Es posible que durante la noche se le coloque una mascarilla en la nariz y/o boca para que respire mejor, el técnico le explicará en su momento.



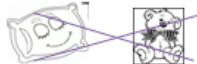
- Durante su estudio deberá mostrar respeto hacia el personal que lo atiende.
- Ocasionalmente por motivos ajenos a nuestro control debemos posponer algunos estudios, en tal caso nos comunicaremos oportunamente con usted, le pedimos que proporcione sus números de teléfono correctos.
- La interpretación de su estudio le va de 2 a 3 semanas, por lo que los resultados se proporcionarán según sea el caso en:
 - o Cita médica programada
 - o Enviados a la institución donde está estudiado
 - o Expediente clínico del INER.
- Si requiere albergue diríjase al departamento de Trabajo Social.




Todas estas indicaciones son necesarias para realizar un estudio, la falta de cumplimiento en cualquiera de las condiciones descritas ocasionará la cancelación de su estudio, sin cuando usted ya se encuentre en sus instalaciones y haya pagado.

2. Si su estudio fue programado para realizarse por la mañana es indispensable que **NO DUERMA TODA LA NOCHE ANTERIOR**.
3. Al llegar al INER, es necesario que muestre su carnet o solicitud de estudio con el registro de la cita programada.
Una vez en la clínica de sueño **toque el timbre** para avisar de su llegada y espere indicaciones del personal.
4. Le pedimos que sea puntual. **NO HAY TOLERANCIA**. La preparación al estudio requiere de al menos 1 hora para que usted se pueda acostar a dormir. Se le colocará una serie de cables en cabeza, cara, tórax, abdomen, piernas. Algunos de ellos son un poco molestos al momento de colocarlos, pero son necesarios para poder realizar su estudio.
5. Higiene personal: **DEBE BAÑARSE DE 2 A 3 HORAS ANTES DEL ESTUDIO**. Los hombres deben presentarse afeitados, sin barba ni bigote. Las mujeres deben venir sin maquillaje, uñas pintadas, sin esmalte y sin haberse teñido el cabello por lo menos 15 días antes.



6. Recuerde que después del baño **NO DEBE** aplicar crema o maquillaje en la piel, no use ningún producto para el cabello (gel, spray, etcétera) ya que esto interfiere con la calidad de su estudio.
7. **NO** se permite que traiga almohada o ropa de cama, en caso de niños **NO** se permite traer juguetes.





INDICACIONES DE ESTUDIO DE POLISOMNOGRAFÍA


SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS ASISTENCIALES DE DIAGNÓSTICO Y FARMACÉUTICO
 CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO

SI USTED FUE PROGRAMADO PARA ESTUDIO DE SUEÑO

Es muy importante que siga estas indicaciones:

1. Para confirmar su asistencia, debe **PAGAR UN MES ANTES** de la fecha programada y entregar inmediatamente el comprobante a la recepción de la clínica. El límite para entregar el recibo de pago es una semana antes del estudio, de lunes a viernes de 8:00 a 14:00 horas.
 - Si usted vive fuera del área metropolitana, puede pagar el mismo día del estudio, pero deberá confirmar la telefonía su asistencia una semana antes al teléfono: 01 55 56 66 66 40
 - Si por alguna causa no puede asistir, deberá llamar para cancelar y acudir a reprogramar su cita y pago, de acuerdo a la disponibilidad.
 - La Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño es un servicio de referencia nacional por lo que la lista de espera para consulta y estudios es prolongada, si su estudio es cancelado el espacio deberá ser ocupado por otro paciente.

SI NO CONFIRMA SU ESTUDIO QUEDARÁ CANCELADO

INER-CS-20 (09-2015)

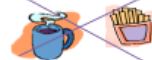
8. Evite traer objetos de valor ya que el servicio no se hace responsable por pérdidas. El teléfono celular debe permanecer **APAGADO** a partir de que ingrese a su estudio.



9. Durante su estudio **niños** y adultos deben usar pijama de 2 piezas con abertura o botones al frente. Por higiene **NO** se le permitirá dormir con la ropa que trae puesta. Solo en caso de frío se le permitirá un suéter. No olvide traer sus artículos de higiene personal (cepillo de dientes, pasta, sandalias, etcétera).






10. Se prohíbe introducir alimentos en la habitación, sólo podrá ingresar una botella de agua. Tome alimentos ligeros antes de acudir. No debe ingerir café, té, chocolate, bebidas de cola o azucaradas.



11. Si toma medicamentos debe traerlos (sólosi su médico se lo indica puede suspenderlos). El técnico no tiene acceso a ninguna clase de medicamentos.



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño		Hoja 115 de 172

10.10 Consentimiento bajo información INER-CEECL-01

CONSENTIMIENTO INFORMADO
(Autorización de procedimientos diagnósticos, médicos, quirúrgicos menores, invasivos y de rehabilitación. De Acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Capítulo IV, Arts. 80, 81, 82 y 83 y a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, numerales 4.2 y 10.1)

Talpan, Ciudad de México, a _____ de _____ de _____ de 20____. Hoja 1 de 2.

Nombre completo del paciente	Año/Mes/Día	No. De Expediente
------------------------------	-------------	-------------------

Información: Con motivo de la atención médica que se encuentra Usted recibiendo por su problema de _____ su médico(a) tratante (_____) ha determinado que se requiere de la realización de un procedimiento: () diagnóstico, () médico, () quirúrgico menor, () invasivo, () rehabilitación que aquí se indican.

El médico tratante debe describir el procedimiento, tipo de estudio o el tratamiento a realizar, así como los **beneficios** esperados y los **riesgos** inherentes:

CONSENTIMIENTO INFORMADO
(Autorización de procedimientos diagnósticos, médicos, quirúrgicos menores, invasivos y de rehabilitación. De Acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Capítulo IV, Arts. 80, 81, 82 y 83 y a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico, numerales 4.2 y 10.1)

PARA LA REVOCACIÓN

Yo en mi carácter de paciente, familiar ó responsable legal del paciente, revoco el consentimiento autorizado previamente en este formato y declaro que entiendo y acepto los riesgos y posibles consecuencias derivadas de la falta de realización del procedimiento(s) diagnóstico (s), médico(s), quirúrgico(s), invasivos y/o de rehabilitación planteado.

Revoco el consentimiento para _____

Nombre del paciente, familiar responsable ó representante legal que revoca	Firma y/o huella digital	Día / Mes / Año
--	--------------------------	-----------------

Este documento deberá ser elaborado en original, sin abreviaturas, enmendaduras o tachaduras e integrarse al expediente clínico del paciente. Cada vez que sea necesaria la autorización de algún procedimiento diagnóstico, médico, quirúrgico, invasivo o rehabilitación al paciente, deberá de elaborarse un Consentimiento Informado.

Consentimiento: Yo _____ en mi carácter de _____, hago constar que me fue explicado en forma verbal, sin presión alguna, de manera clara, sencilla y completa sobre el probable diagnóstico, el pronóstico y tratamiento de la enfermedad en cuestión y autorizo libremente la realización de él(los) procedimiento(s) diagnóstico (s), médico(s), quirúrgico(s), invasivos y/o de rehabilitación que aquí se indican, sabiendo el(los) diagnóstico(s) probable(s) o diagnóstico confirmado de _____.




Me explicaron los beneficios esperados así como los riesgos potenciales y posibles complicaciones de los procedimientos antes mencionados. Estoy enterado(a) de que cualquier procedimiento o administración de medicamentos representa un riesgo de complicaciones, pero que el beneficio redundará en un diagnóstico y tratamiento adecuado de mi problema médico.

Tomando en cuenta lo anterior y en pleno uso de mis facultades determino que:

- SI AUTORIZO al equipo de salud del INER a que realicen los procedimientos antes señalados.
- NO AUTORIZO, los procedimientos propuestos aún sabiendo las consecuencias y riesgos de mi determinación, eximiendo de toda responsabilidad al INER

Nombre completo del paciente, familiar cercano, persona responsable o representante legal	Firma y/o huella digital
TESTIGO	TESTIGO
Nombre y firma/ huella digital	Nombre y firma/ huella digital
Nombre del médico tratante	Cédula Profesional / Firma

En caso de cambiar de opinión, podrá ser revocado el consentimiento de todos o alguno de los procedimientos señalados en cualquier momento, registrando la determinación en el reverso de este documento. En caso de que el paciente, persona responsable o tutor legal del mismo no sepan leer o escribir, deberán plasmar su huella digital. La revocación de este documento no condicionará la prestación de servicios de atención médica.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño		Hoja 116 de 172




**10.11 Escala de Morse
INER-CS-22**



ESCALA DE MORSE



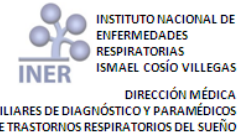
Nombre completo del paciente			Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día)		Edad
Género	Peso/Talla	Religión	Expediente	Clasificación	
Marque la respuesta de la valoración y al final sume los puntos otorgados. Para obtener el resultado verifique la respuesta *					
Parámetros		Respuesta		Puntos	
1. Antecedentes de caídas recientes o en los últimos 3 meses		No Si		0 25	
2. Diagnóstico secundario		No Si		0 15	
3. Ayuda para la deambular		Reposo en cama, ayuda del personal de salud Muletas, bastón, andadera Muebles		0 15 30	
4. Catéteres IV/Vía <u>Hepaticizada</u>		No Si		0 20	
5. Equilibrio/Traslado		Normal, reposo en cama, inmóvil Débil Alterado		0 10 20	
6. Estado mental		Orientado según las posibilidades Olvida sus limitaciones		0 15	
*Sin riesgo (24 o menos)		Bajo riesgo (25 a 50)		Alto riesgo (más de 50)	
Total:					
Médico tratante			Fecha de elaboración de la valoración		
Nombre, firma y cédula profesional			INER-CS-22 (06.2016)		

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	3. Procedimiento para llevar a cabo el estudio de sueño		Hoja 117 de 172



**10.11 Hoja de control para pacientes sin número de expediente clínico
INER-CS-24**






**HOJA DE CONTROL PARA PACIENTES SIN
NÚMERO DE EXPEDIENTE**



Nombre completo del paciente				
Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día)			No. de Historia/No. de Registro	
FECHA DE CONSULTA	HORA	CONS./EST	MEDICO/DÍA	OBSERVACIONES

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	4. Procedimiento para el préstamo de equipo a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de registro nocturno de presión positiva continua (Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio).		Hoja 118 de 172

4. PROCEDIMIENTO PARA EL PRÉSTAMO DE EQUIPO A DOMICILIO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES SUBSECUENTES CON USO DE DISPOSITIVO DE REGISTRO NOCTURNO DE PRESIÓN POSITIVA CONTINUA (CLÍNICA DE PRESIÓN POSITIVA Y DIAGNÓSTICO AMBULATORIO)

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	4. Procedimiento para el préstamo de equipo a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de registro nocturno de presión positiva continua (Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio).		Hoja 119 de 172

1.0 PROPÓSITO




- 1.1 Cimentar los pasos a seguir para llevar al cabo el proceso de Registro Nocturno de Presión Positiva Continua, así como establecer los lineamientos para el préstamo de equipo a domicilio, indispensable para este tratamiento.

2.0 ALCANCE




- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a todo el personal multidisciplinario que interviene en el procedimiento.

3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS




- 3.1 El Personal adscrito a la Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño es el responsable de cumplir este procedimiento y mantenerlo actualizado.
- 3.2 Todo el personal adscrito a las áreas deben mantener una conducta ética y de trato profesional para con los pacientes y con todo el personal del Instituto en cumplimiento al Código de Ética Institucional.
- 3.3 Todo el personal deberá portar sin excusa, la credencial institucional para su fácil identificación dentro de las instalaciones del Instituto, asimismo el personal ambulatorio, rotante, de servicio social y/o que esté realizando prácticas profesionales deberá portar la identificación correspondiente en todo momento.
- 3.4 El personal de la Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño, está comprometido a actualizar sus conocimientos para desarrollar con calidad, eficacia y eficiencia sus funciones, conforme a sus habilidades, destrezas y experiencia,

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	4. Procedimiento para el préstamo de equipo a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de registro nocturno de presión positiva continua (Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio).		Hoja 120 de 172

- 3.5 El personal de la Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio brinda información al paciente de forma amable, clara y precisa, que haya sido referido por el médico adscrito de la Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño, para realizarse la prueba con equipo automático o CPAP fijo, la asesoría será respecto a la adquisición de equipo de presión positiva o dudas respecto al uso del mismo.
- 3.6 Sin excepción, solo se prestará el equipo a domicilio cuando el paciente entregue la documentación en original y copia y pago requeridos en tiempo y forma, en su cita programada previamente y que cuente con expediente en el INER.
- 3.7 Para el préstamo de los equipos se aceptan como identificaciones oficiales válidas los siguientes documentos:
- Pasaporte vigente expedido por la Secretaría de Relaciones Exteriores.
 - Credencial para votar expedida por el Instituto Nacional Electoral.
 - Cédula profesional expedida por la Secretaría de Educación Pública.
 - Cartilla del Servicio Militar Nacional, expedida por la Secretaria de Defensa Nacional.
 - Identificación oficial vigente con fotografía y firma, expedida por el Gobierno Federal, Estatal, Municipal o de la Ciudad de México con fecha vigente.
 - Tratándose de extranjeros el documento migratorio vigente que corresponda, emitido por la autoridad competente.
- 3.8 Para el préstamo de los equipos se solicitará en original y copia el comprobante de domicilio (luz, agua, predial o telefonía fija) reciente (no más de dos meses anteriores) e identificación oficial vigente, ambas con el mismo domicilio, así como carnet vigente del INER.
- 3.9 Los pacientes subsecuentes con equipo CPAP para calibrar, deben concertar cita vía telefónica y se les atenderá el día y hora establecidos de acuerdo a la disponibilidad de la agenda de CPAP.
- 3.10 En caso de que el paciente acuda sin cita programada se le brindará la atención conforme al tiempo disponible de acuerdo a la agenda del día.
- 3.11 Se podrá otorgar asesoría técnica del uso y manejo del equipo de presión positiva continua vía telefónica a pacientes foráneos, con capacidades diferentes o adultos en plenitud.




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	4. Procedimiento para el préstamo de equipo a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de registro nocturno de presión positiva continua (Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio).		Hoja 121 de 172

- 3.12 Para los pacientes que utilizan el por primera vez el Equipo de Presión Positiva se debe otorgar cita en 30 días y para los pacientes subsecuentes se les proporcionará la cita más cercana de acuerdo a disponibilidad.
- 3.13 Para los pacientes que presenten Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS) sin ninguna otra comorbilidad y que requieran ser tratados en forma inmediata, le será indicada la Poligrafía respiratoria a domicilio; para lo cual el médico tratante deberá requisitar dos solicitudes de estudio (CS06 Poligrafía a domicilio y CS03 Prueba terapéutica con autocpap).
- 3.14 La actualización de la base de datos se debe realizar diariamente.
- 3.15 La localización de pacientes vía telefónica se realizará cuando dejen de asistir a sus consultas subsecuentes por más de dos años y que no hayan sido dados de alta del servicio, con el objetivo de darle seguimiento al paciente y su tratamiento.
- 3.16 Para brindar un mejor servicio al paciente, el personal de la Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio debe tener conocimiento del funcionamiento de los nuevos equipos en el mercado y con nueva tecnología.
- 3.17 El personal de la Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio, deberá participar de las actividades de enseñanza y entrenamiento en el manejo, programación y uso de los equipos de presión positiva, al personal médico y técnico rotante por el servicio.




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	4. Procedimiento para el préstamo de equipo a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de registro nocturno de presión positiva continua (Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio).		Hoja 122 de 172

4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO




Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Paciente	1	Se presenta a consulta de primera vez para recibir los resultados del estudio de sueño.	
Médico	2	Valora resultados del estudio.	
	3	¿Amerita tratamiento en la Clínica, en base al resultado del estudio de sueño? Si. Continúa actividad 4. No. Se da de alta del Servicio o se entrega formato de interconsulta para Neumología, neumopediatría u Otorrinolaringología. Termina procedimiento.	Solicitud de interconsulta INER-EC-08
	4	Se concluye diagnóstico de SAOS leve, moderado o grave según estudio de sueño: A) Da "Prescripción de Presión Positiva" al paciente para adquisición de equipo y lo canaliza a la Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio. Continúa actividad 5. B) Entrega solicitud de programación para prueba terapéutica y lo canaliza a la Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio. Continúa actividad 11.	
Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio	5	Recibe al paciente en la Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio, con carnet, y carpeta del mismo, así como la Prescripción de Presión Positiva para la asesoría de compra de equipo.	
	6	Llena con datos del paciente el cuestionario basal.	Cuestionario basal adultos INER-CS-05

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	4. Procedimiento para el préstamo de equipo a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de registro nocturno de presión positiva continua (Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio).		Hoja 123 de 172




Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio	7	Explica al paciente las características físicas, económicas y valor aproximado del equipo que requiere, así como el nombre de los proveedores, quiénes deberán entregar el equipo calibrado conforme a la receta.	
	8	Indica al paciente, que una vez adquirido el equipo, lo deberá utilizar al menos una semana, y posteriormente, programar una cita vía telefónica en el Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio, para su valoración y seguimiento.	
Paciente	9	Adquiere el equipo de Presión Positiva Continua y solicita cita subsecuente a Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio.	
Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio	10	Recibe al paciente que adquirió su equipo y verifica calibración, aclara dudas sobre su uso, programa nueva valoración médica en 30 días posteriores a su uso. Continúa actividad 19.	
Poligrafía respiratoria a domicilio y/o prueba terapéutica			
Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio	11	Recibe al paciente en la Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio, con carnet, carpeta del paciente y solicitud de estudio para poligrafía respiratoria a domicilio y/o prueba terapéutica.	Solicitud de estudios INER-CS-01
	12	Solicita documentos para renta del equipo: <ul style="list-style-type: none"> • Original y copia de identificación vigente. • Original y copia de comprobante de domicilio actual que coincida con la identificación oficial. • Carnet de citas del INER vigente. 	

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	4. Procedimiento para el préstamo de equipo a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de registro nocturno de presión positiva continua (Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio).		Hoja 124 de 172




Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio	13	Programa cita para la entrega del equipo APAP, CPAP, BIPAP y/o Apnea Link, conforme a la disponibilidad de las fechas en el Sistema de Administración Hospitalario.	
Paciente	14	Acude a la cita, entrega documentación y recibo de pago para entrega del equipo.	
Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio	15	Recibe y verifica la vigencia de la documentación y recibo de pago solicitado, devuelve documentos originales al paciente.	
	16	Calibra el equipo que asignará al paciente, de acuerdo a la indicación médica, así como elige la interfase que mejor se adapte a las características físicas del paciente.	
	17	Explica al paciente y/o familiar el uso, cuidados e higiene adecuado del equipo.	
	18	Entrega al paciente carta compromiso de renta del equipo para firma y entrega copia al paciente.	Carta compromiso para préstamo de equipos AUTOSET, CPAP Bi-Nivel y accesorios INER-CS-04
	19	Programa en el Sistema de Administración Hospitalario cita subsecuente en una semana o un mes, conforme a la indicación médica.	
Paciente	20	Recibe equipo para uso domiciliario conforme a indicaciones médicas, firma carta compromiso para préstamo de equipo.	Carta compromiso para préstamo de equipos AUTOSET, CPAP Bi-Nivel y accesorios INER-CS-04

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	4. Procedimiento para el préstamo de equipo a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de registro nocturno de presión positiva continua (Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio).		Hoja 125 de 172




Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Paciente	21	Acude a cita para devolución de equipo y entrega de resultados con su comprobante de pago.	
Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio	22	Recibe el equipo y comprobante de pago y formato de préstamo de equipo, revisa que este completo, funcionando y en buenas condiciones.	
	23	Extrae del sistema en forma directa o a través de la tarjeta del equipo, la información del apego en la semana o mes de uso y requisita el formato "Reporte de uso de AutoCPAP" INER-CS-08.	Cuestionario post AUTO-CPAP INER-CS-08
	24	Registra devolución de equipo en el Sistema de Administración Hospitalario y adjunta el resultado para la valoración médica.	Cuestionario de 30 días INER-CS-07
	25	Entrega al paciente "Cuestionario post AutoCPAP".	Cuestionario post AUTO-CPAP INER-CS-08 Cuestionario de 30 días INER-CS-07
Paciente	26	Contesta formato "Cuestionario post AutoCPAP".	Cuestionario post AUTO-CPAP INER-CS-08 Cuestionario de 30 días INER-CS-07
Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio	27	Adjunta al Sistema de Administración Hospitalaria el resultado de la prueba terapéutica y los formatos Reporte de uso de Autocpap y Cuestionario post Autocpap o Cuestionario de Valoración de 30 días para que el médico otorgue consulta subsecuente al paciente.	Cuestionario post AUTO-CPAP INER-CS-08 Cuestionario de 30 días INER-CS-07

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	4. Procedimiento para el préstamo de equipo a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de registro nocturno de presión positiva continua (Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio).		Hoja 126 de 172




Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio	28	Ingresa la información obtenida a la Base de Datos de Autoset.	
Médico	29	Otorga consulta subsecuente al paciente el mismo día, indicando el resultado de la Prueba terapéutica, de requerirlo entrega prescripción para la adquisición de equipo de Presión Positiva.	Prescripción de presión positiva INER-CS-16
Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio	30	Orienta al paciente para la adquisición de equipo de Presión Positiva e indica programe cita subsecuente cuando adquiera su equipo y captura los datos en la base Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio.	
	31	Recibe llamada del paciente subsecuente que ya adquirió y que ha utilizado al menos 1 semana equipo de Presión Positiva continua.	
	32	Identifica al paciente en el Sistema de Administración Hospitalaria y agenda cita subsecuente lo más pronto posible.	
	33	Asiste con su equipo a la Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio.	
	34	Recibe al paciente, corrobora presiones, despeja dudas sobre uso del equipo de presión positiva y agenda cita de valoración de 30 días.	

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	4. Procedimiento para el préstamo de equipo a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de registro nocturno de presión positiva continua (Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio).		Hoja 127 de 172

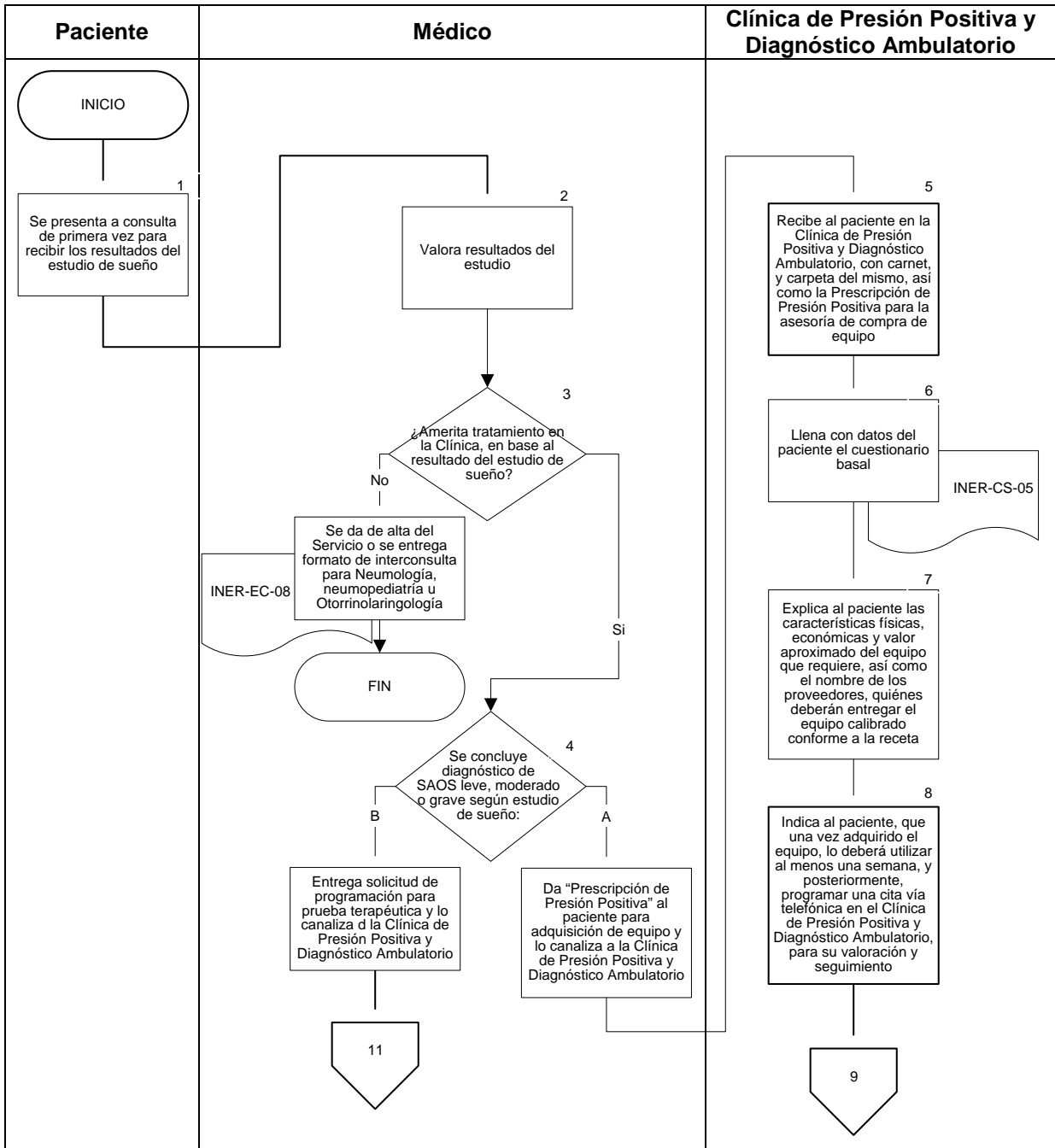
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Consulta subsecuente			
Paciente	35	Acude a consulta subsecuente y entrega en la Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio, la tarjeta electrónica o el equipo de presión positiva para registrar el apego.	
Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio	36	Recibe la tarjeta electrónica o el equipo para descargar la información, del mismo equipo o de la plataforma del proveedor y entrega cuestionario de 30 días, entrevista al paciente para obtener el apego, aclarar dudas y saber si tuvo molestias.	Cuestionario de 30 días INER-CS-07
	37	Entrega al paciente Cuestionario Escala Epworth y Cuestionario de 30 días.	Escala Epworth INER-CS-23 Cuestionario de 30 días INER-CS-07
Paciente	38	Contesta y entrega el Cuestionario Escala de Epworth y Cuestionario de 30 días.	Escala Epworth INER-CS-23 Cuestionario de 30 días INER-CS-07
Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio	39	Imprime y entrega al médico el registro del equipo y el cuestionario Escala de Epworth contestado y Cuestionario de 30 días.	Escala Epworth INER-CS-23 Cuestionario de 30 días INER-CS-07
	40	Ingresa la información obtenida en la base de datos.	
Paciente	41	Asiste a la consulta médica con la información proporcionada por la Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio.	




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	4. Procedimiento para el préstamo de equipo a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de registro nocturno de presión positiva continua (Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio).		Hoja 128 de 172

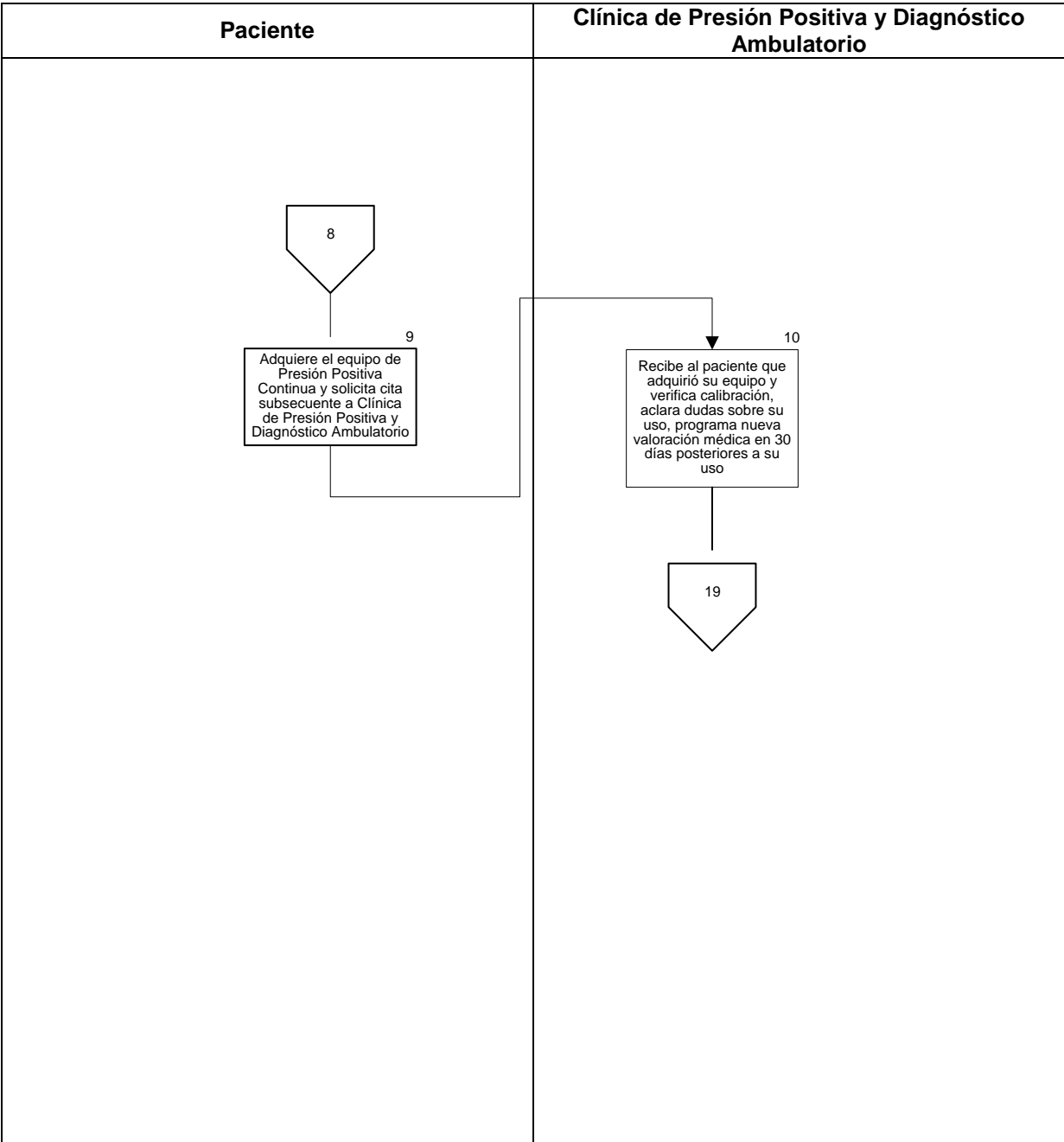
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Médico especialista	42	Otorga consulta subsecuente con Cuestionario de 30 días y Escala de Epwort.	Escala Epwoth INER-CS-23 Cuestionario de 30 días INER-CS-07
Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio	43	Realiza ajustes a la programación de los equipos a petición del médico si el paciente lo trae y requiere, en caso contrario programa cita subsecuente. Termina procedimiento	




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
4. Procedimiento para el préstamo de equipo a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de registro nocturno de presión positiva continua (Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio).		Hoja 129 de 172	

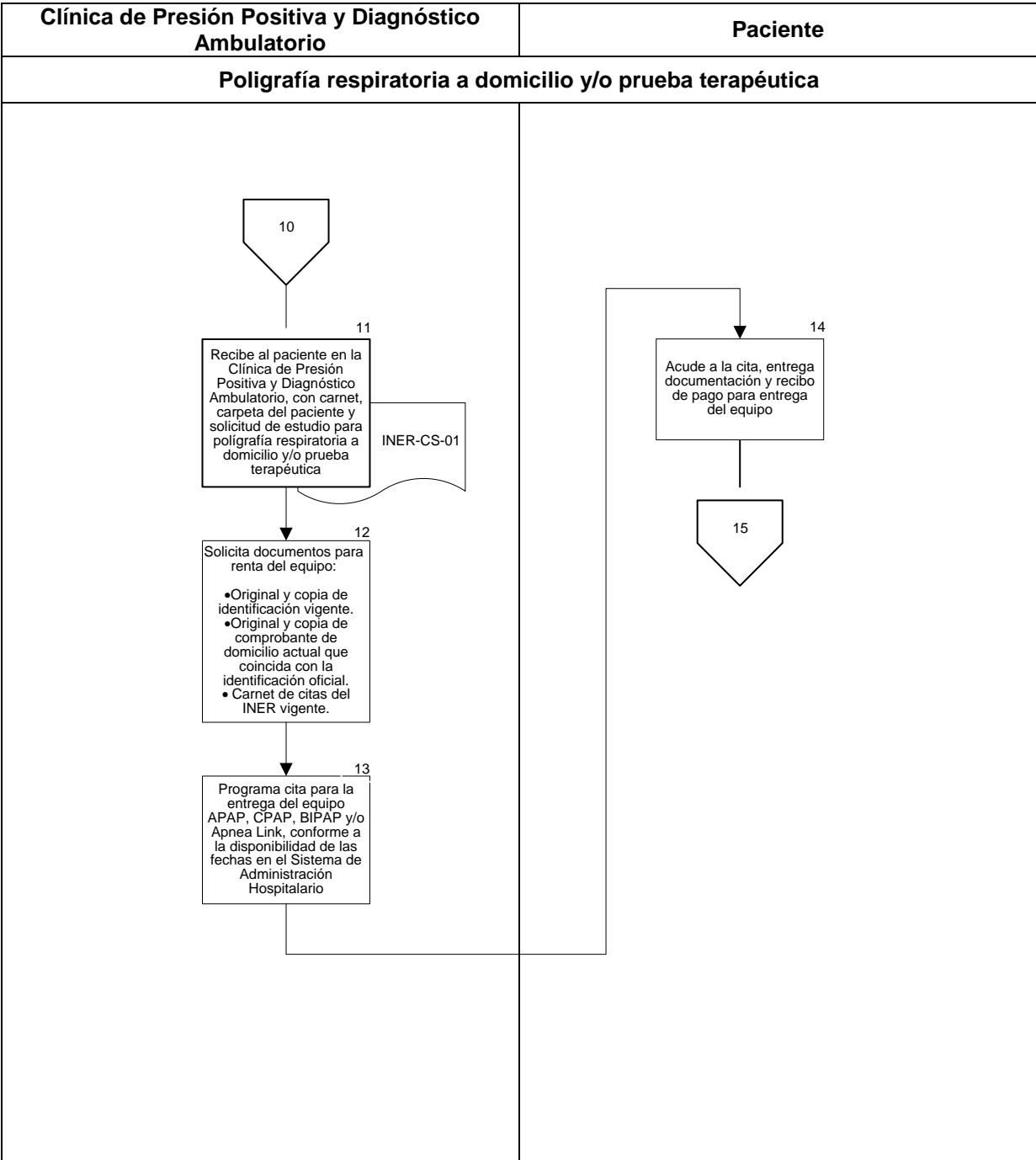
5.0 DIAGRAMA DE FLUJO






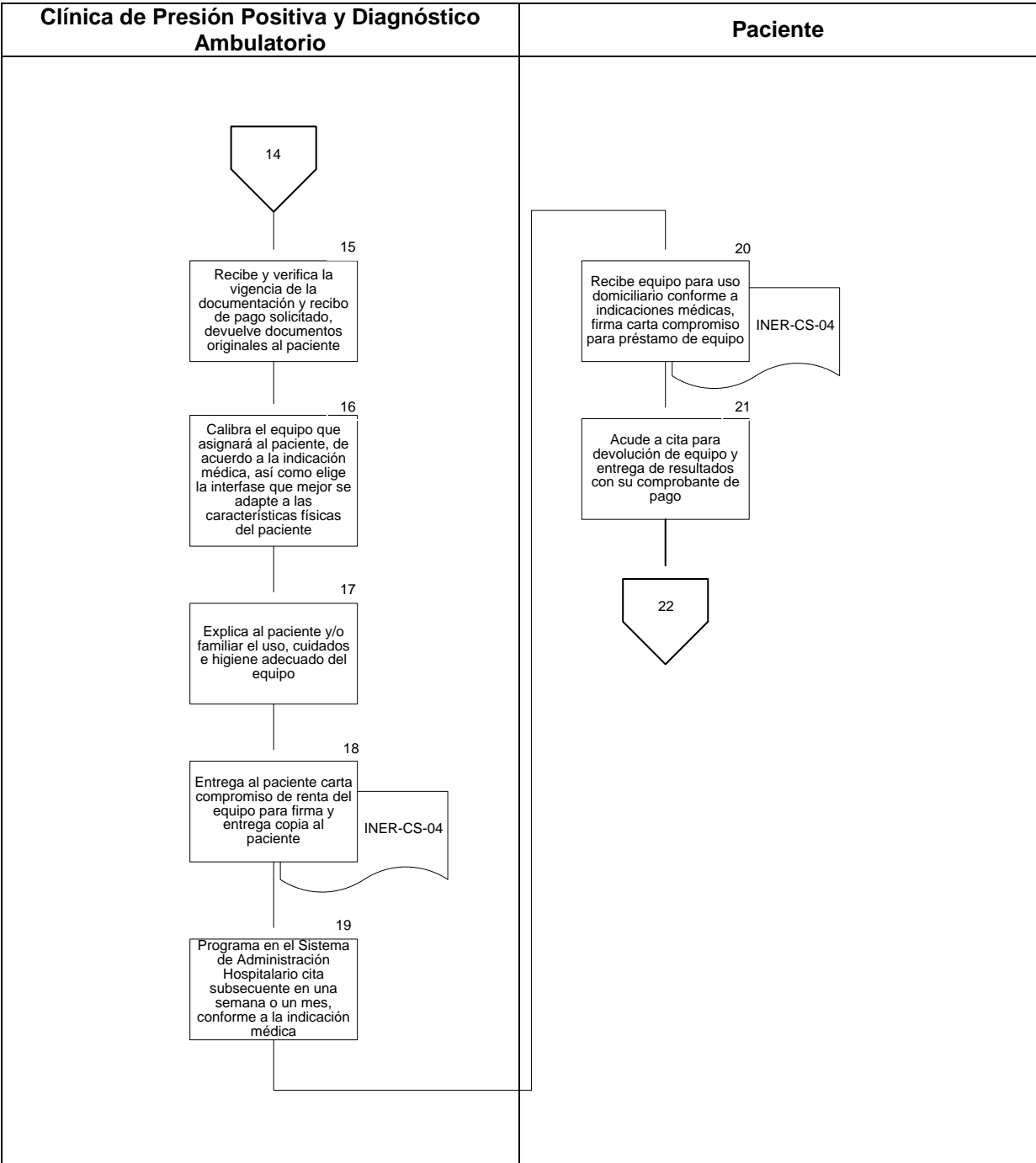
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	4. Procedimiento para el préstamo de equipo a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de registro nocturno de presión positiva continua (Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio).		Hoja 130 de 172





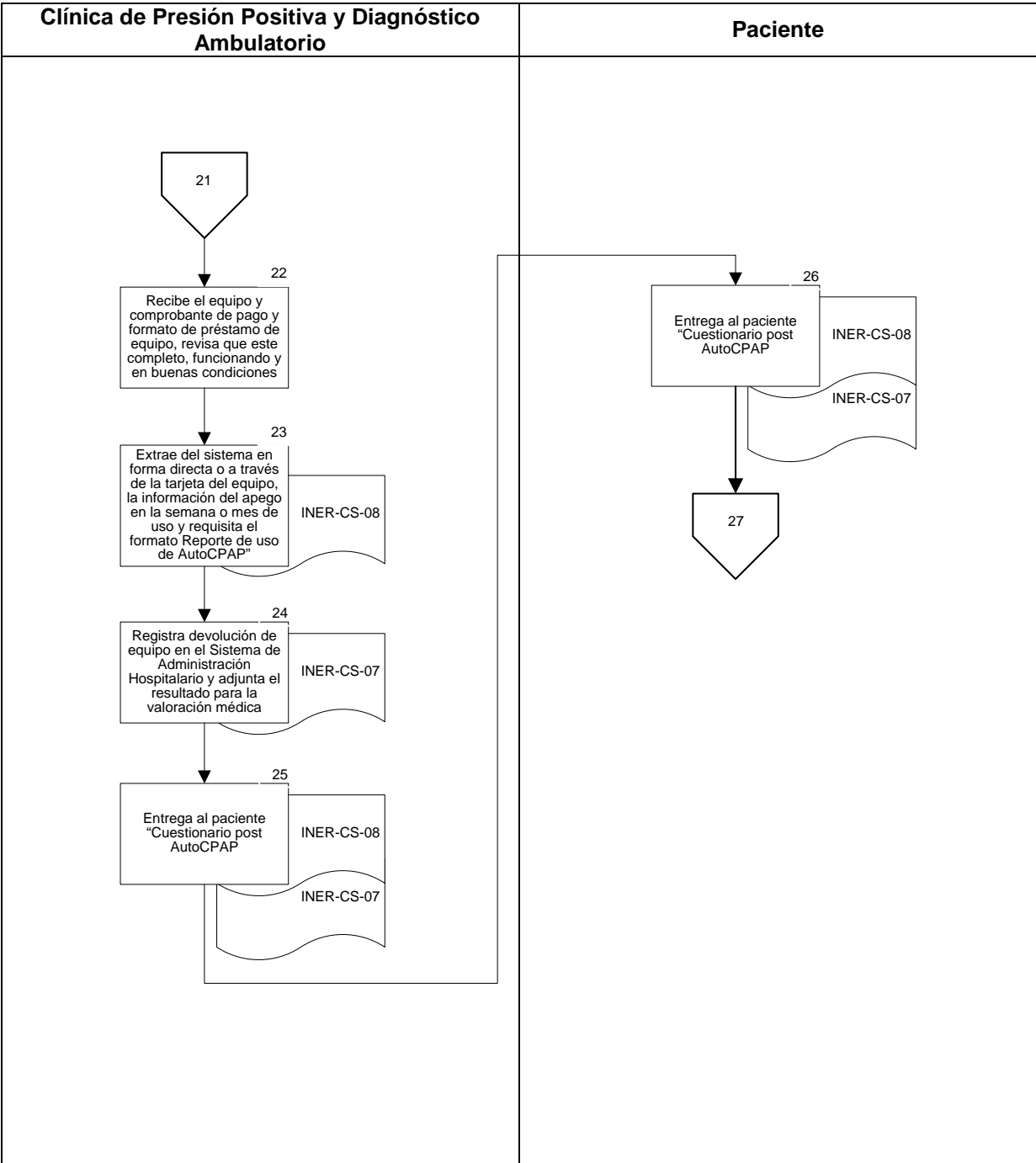
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	4. Procedimiento para el préstamo de equipo a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de registro nocturno de presión positiva continua (Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio).		Hoja 131 de 172





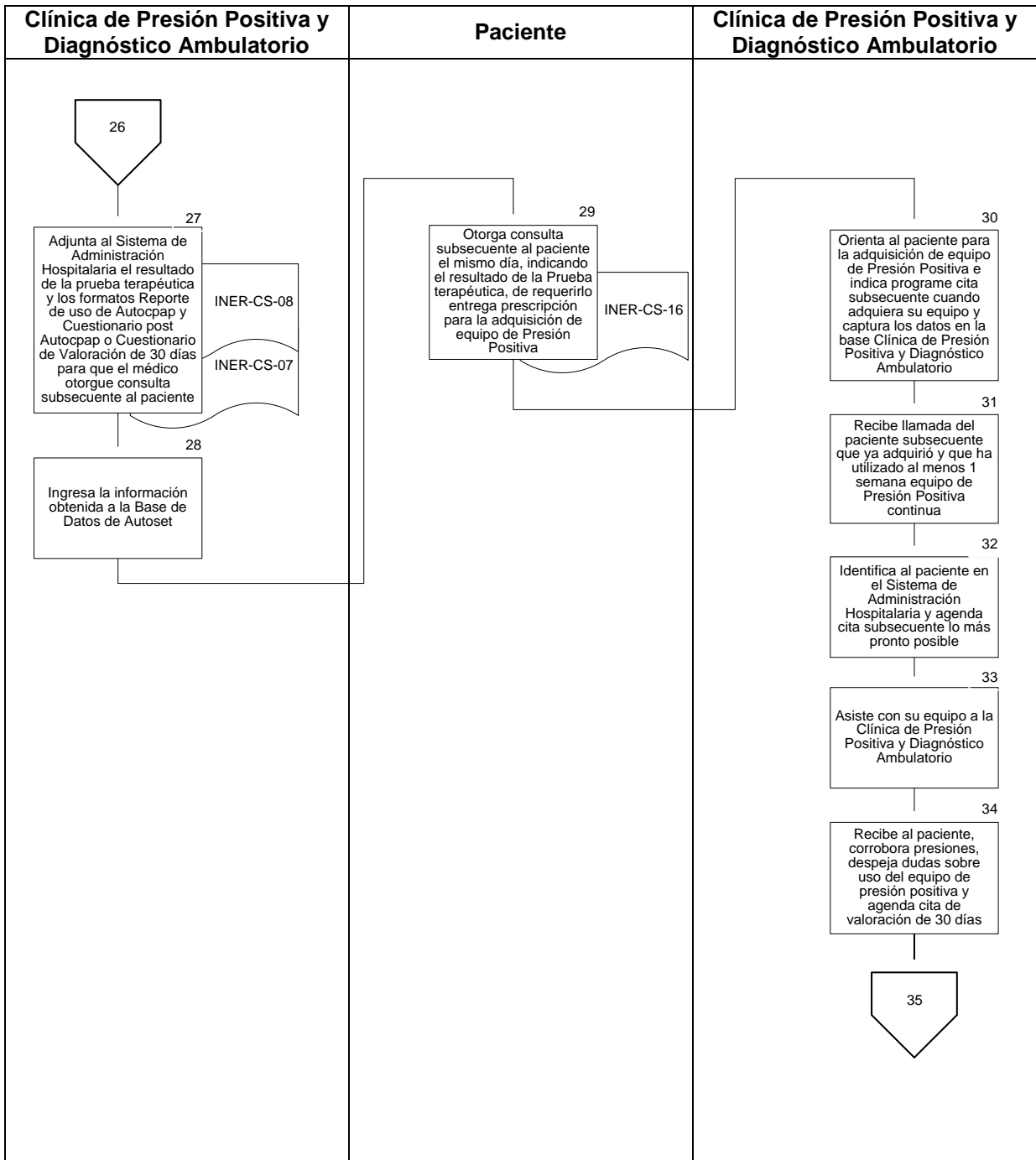
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	4. Procedimiento para el préstamo de equipo a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de registro nocturno de presión positiva continua (Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio).		Hoja 132 de 172





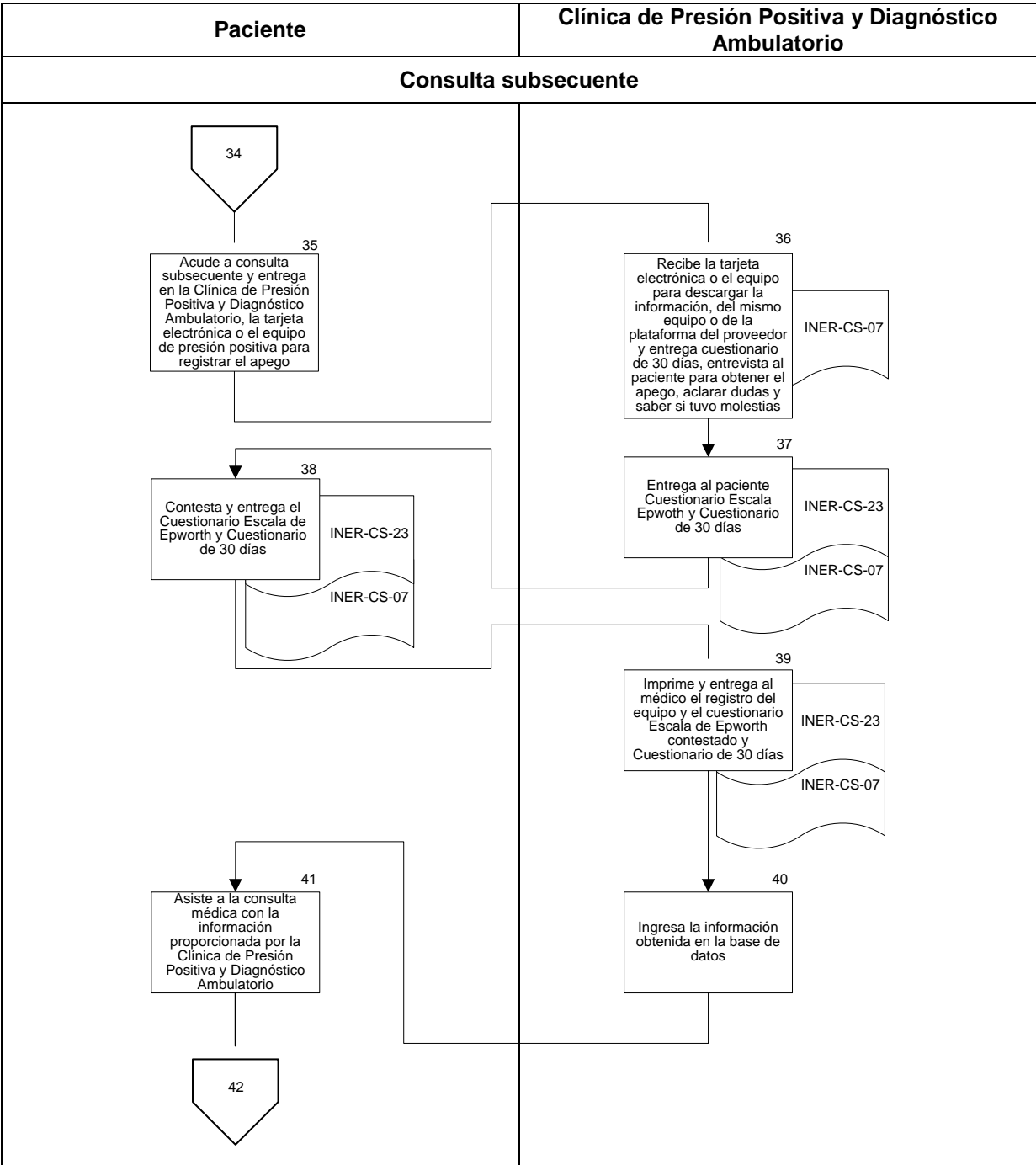
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	4. Procedimiento para el préstamo de equipo a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de registro nocturno de presión positiva continua (Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio).		Hoja 133 de 172





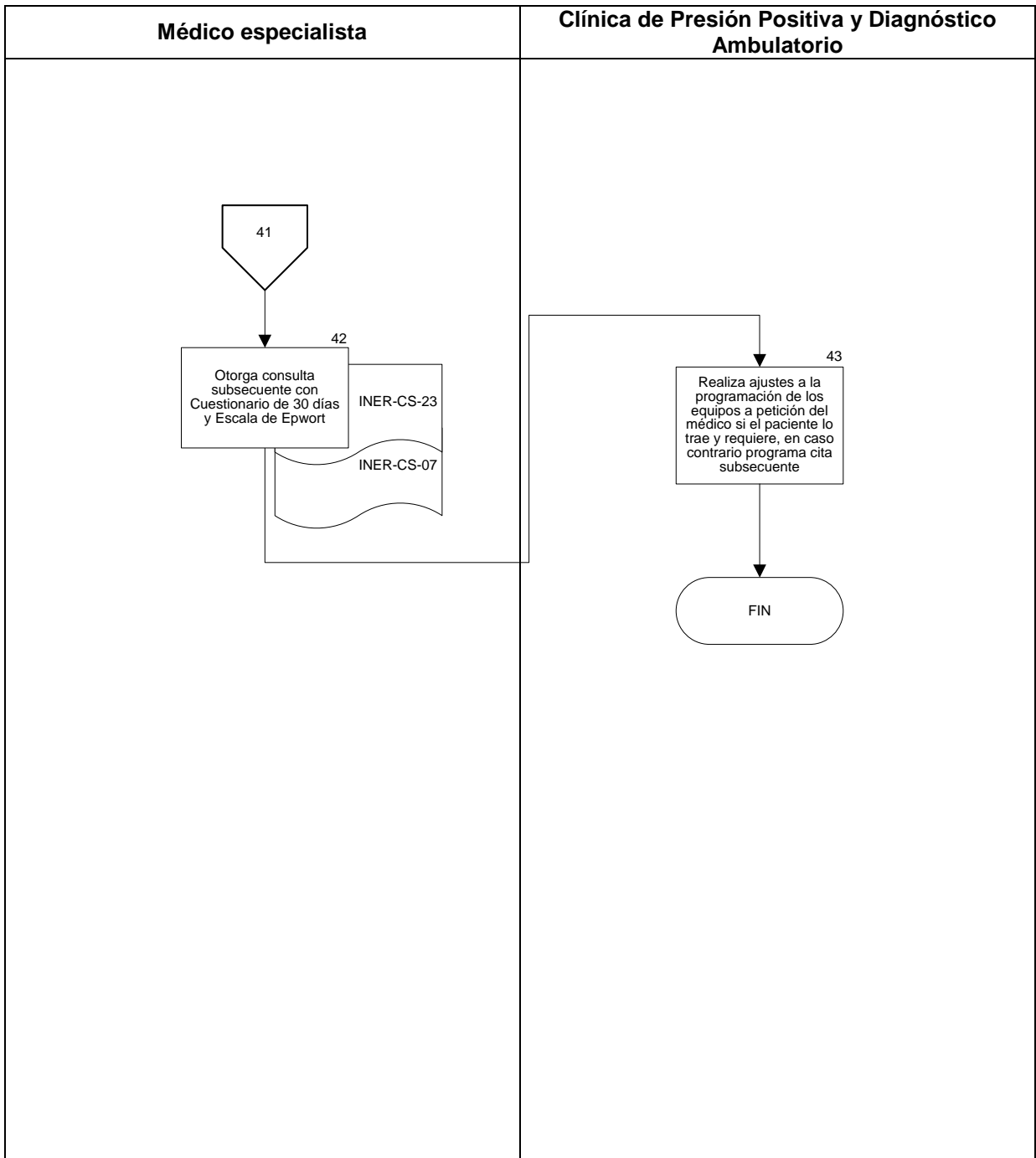
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	4. Procedimiento para el préstamo de equipo a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de registro nocturno de presión positiva continua (Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio).		Hoja 134 de 172






	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	4. Procedimiento para el préstamo de equipo a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de registro nocturno de presión positiva continua (Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio).		Hoja 135 de 172



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	4. Procedimiento para el préstamo de equipo a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de registro nocturno de presión positiva continua (Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio).		Hoja 136 de 172





 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	4. Procedimiento para el préstamo de equipo a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de registro nocturno de presión positiva continua (Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio).		Hoja 137 de 172

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud.	No aplica

7.0 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Solicitud de estudios	No aplica	Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	INER-CS-01
Carta compromiso para préstamo de equipos AUTOSET, CPAP Bi-Nivel y accesorios	No aplica	Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	INER-CS-04
Cuestionario post AUTO-CPAP	No aplica	Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	INER-CS-08
Reporte de uso de AUTO-CPAP	No aplica	Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	INER-CS-12
Cuestionario basal adultos	No aplica	Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	INER-CS-05
Cuestionario de 30 días	No aplica	Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	INER-CS-07
Solicitud de interconsulta	No aplica	Expediente Clínico	INER-EC-08
Escala Epworth	No aplica	Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño	INER-CS-23




	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	4. Procedimiento para el préstamo de equipo a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de registro nocturno de presión positiva continua (Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio).		Hoja 138 de 172

8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 No aplica




9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO




Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
5	2016	Actualización de procedimiento

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	4. Procedimiento para el préstamo de equipo a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de registro nocturno de presión positiva continua (Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio).		Hoja 139 de 172

10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Solicitud de estudios INER-CS-01

 	SOLICITUD DE ESTUDIOS	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COSÍO VILLEGAS</small> <small>DIRECCIÓN MÉDICA</small> <small>SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y PARAMÉDICOS</small> <small>CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO</small>										
<table border="1" style="margin-left: auto;"> <tr> <td style="width: 30px;">DÍA</td> <td style="width: 30px;">MES</td> <td style="width: 30px;">AÑO</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			DÍA	MES	AÑO							
DÍA	MES	AÑO										
NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ No. EXPEDIENTE: _____	SERVICIO CLÍNICO: () CAMA: _____ CONSULTA EXTERNA: () HOSPITALIZACIÓN: () URGENCIAS () CLÍNICA DE ESTUDIO DE: _____ No. DE PROTOCOLO: _____ No. DE CONVENIO: _____ NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO: _____											
MARQUE EL ESTUDIO QUE SOLICITE												
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> CS 01 POLISOMNOGRAFÍA (ESTUDIO COMPLETO)</td> <td><input type="checkbox"/> CS 07 VALORACIÓN DE SEGUIMIENTO CON CPAP/BIPAP</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CS 02 ESTUDIO SIMPLIFICADO</td> <td><input type="checkbox"/> CS 08 PRUEBAS DE SOMNOLENCIA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CS 03 PRUEBA SEMANAL TERAPEUTICA CON AUTO CPAP</td> <td><input type="checkbox"/> CS 09 PRUEBAS DE ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CS 04 PRUEBA MENSUAL TERAPEUTICA CON AUTO CPAP</td> <td><input type="checkbox"/> CS 10 LMS (LATENCIAS MÚLTIPLES DE SUEÑO)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CS 05 TRATAMIENTO CON CPAP (30 días)</td> <td></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> CS 01 POLISOMNOGRAFÍA (ESTUDIO COMPLETO)	<input type="checkbox"/> CS 07 VALORACIÓN DE SEGUIMIENTO CON CPAP/BIPAP	<input type="checkbox"/> CS 02 ESTUDIO SIMPLIFICADO	<input type="checkbox"/> CS 08 PRUEBAS DE SOMNOLENCIA	<input type="checkbox"/> CS 03 PRUEBA SEMANAL TERAPEUTICA CON AUTO CPAP	<input type="checkbox"/> CS 09 PRUEBAS DE ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN	<input type="checkbox"/> CS 04 PRUEBA MENSUAL TERAPEUTICA CON AUTO CPAP	<input type="checkbox"/> CS 10 LMS (LATENCIAS MÚLTIPLES DE SUEÑO)	<input type="checkbox"/> CS 05 TRATAMIENTO CON CPAP (30 días)	
<input type="checkbox"/> CS 01 POLISOMNOGRAFÍA (ESTUDIO COMPLETO)	<input type="checkbox"/> CS 07 VALORACIÓN DE SEGUIMIENTO CON CPAP/BIPAP											
<input type="checkbox"/> CS 02 ESTUDIO SIMPLIFICADO	<input type="checkbox"/> CS 08 PRUEBAS DE SOMNOLENCIA											
<input type="checkbox"/> CS 03 PRUEBA SEMANAL TERAPEUTICA CON AUTO CPAP	<input type="checkbox"/> CS 09 PRUEBAS DE ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN											
<input type="checkbox"/> CS 04 PRUEBA MENSUAL TERAPEUTICA CON AUTO CPAP	<input type="checkbox"/> CS 10 LMS (LATENCIAS MÚLTIPLES DE SUEÑO)											
<input type="checkbox"/> CS 05 TRATAMIENTO CON CPAP (30 días)												
IMPORTANTE: Confirmar su asistencia 2 días hábiles antes de su cita a los teléfonos 56.66.86.40 o al 56.66.45.39, Ext. 5242 de 9:00-14:00 horas, de no hacerlo su cita quedará cancelada.												
CITA: _____		HORA: _____										
INER CS-01 (08-2015)												

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	4. Procedimiento para el préstamo de equipo a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de registro nocturno de presión positiva continua (Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio).		Hoja 140 de 172

10.2 Carta compromiso para préstamo de equipos AUTOSSET, CPAP Bi-Nivel y accesorios INER-CS-04



CARTA COMPROMISO PARA PRESTAMO DE EQUIPOS AUTOSSET, CPAP BI-NIVEL Y ACCESORIOS



Dirección Médica
 Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Paramédicos
 Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño

México D.F., a de .

El paciente _____ de _____ años de edad con fecha de nacimiento _____ con número de expediente _____, está siendo estudiado en este servicio, es necesario que use un equipo _____ por _____ días, este Laboratorio se lo proporcionará a partir de esta fecha.

La cuota se fija con base en la clasificación socio-económica.

DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO Y ACCESORIOS ENTREGADOS

Equipo:	
Marca:	
Modelo:	
Serie:	
Número de inventario:	
Mascarilla:	
Arnés y manguera:	

Me comprometo a entregar el equipo completo el día del año en curso, a las horas en las mismas condiciones en que lo recibí.




Recibo de conformidad

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL EQUIPO


Domicilio: _____

Teléfono: _____

NOTA: EL EQUIPO QUE RECIBE USTED EN CALIDAD DE PRESTAMO ES PROPIEDAD DE INER, POR LO QUE ES IMPORTANTE REGRESARLO EN TIEMPO Y HORA. EL INCUMPLIMIENTO A LO ANTERIORMENTE SEÑALADO SERA MOTIVO DE RESTRICCIÓN EN FUTUROS APOYOS.


 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
4. Procedimiento para el préstamo de equipo a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de registro nocturno de presión positiva continua (Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio.)		Hoja 141 de 172	

10.3 Cuestionario post AUTO-CPAP INER-CS-08



CUESTIONARIO POST AUTO-CPAP

Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Paramédicos
Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño



INSTITUTO NACIONAL
DE ENFERMEDADES
RESPIRATORIAS
Y NEUMOLÓGICAS

Dirección Médica
Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Paramédicos
Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño

SI USTED TIENE ALGUNAS MOLESTIAS POR EL USO DEL CPAP (BIPAP), ELIJA LAS 5 DE LAS PRINCIPALES QUE LAS DESCRIBEN:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____

1. CATARRO.
2. NARIZ CONGESTIONADA U OBSTRUCCIÓN, NO PUEDO RESPIRAR.
3. RESEQUEZADA EXCESIVA DE LA NARIZ O GARGANTA ESPECIALMENTE AL DESPERTARSE
4. DOLOR EN LA NARIZ O GARGANTA.
5. DOLOR DE CABEZA.
6. IRITACIÓN EN LOS OJOS.
7. DOLOR EN LOS OJOS.
8. DESPERTARES FRECUENTES DURANTE LA NOCHE.
9. DIFICULTAD PARA VOLVER A DORMIRME SI ME DESPIERTO EN LA NOCHE.
10. FUGA DE AIRE DE LA MASCARA NASAL.
11. INCOMODIDAD POR LA MASCARA NASAL.
12. MARCAS O IRRITACIÓN POR LA MASCARA NASAL.
13. RUIDO DEL CPAP.
14. SEME PASAN ALIMENTO O LIQUIDOS DIRECTO A LA NARIZ CUANDO DEGLUTO.
- 15, 16. DOLOR DE LA GARGANTA AL PASAR SALIVA, LIQUIDOS O ALIMENTOS.
17. DOLOR EN EL MOVIMIENTO DE MANDIBULAS O LOS MUSCULOS DE LAS MANDIBULAS.
18. ME PREOCUPA TENER QUE USAR EL CPAP.
19. ME DUELEN LOS DIENTES
20. MOLESTIA O DOLOR EN LAS ENCÍAS.
21. SENSACIÓN DE SOFOCACIÓN.
22. SALIVACIÓN EXCESIVA.
23. DIFICULTAD PARA MASTICAR POR LA MAÑANA.
24. DIFICULTAD PARA MASTICAR CON LAS MUELAS.
25. MIS DIENTES SE HAN MOVIDO Y YA NO AJUSTAN.
26. USAR CPAP ME HACE SENTIR MUY ENFERMO.
27. ME APEÑA QUE MIS FAMILIARES ME VEAN CON LA MASCARILLA.
28. INSOMNIO O DIFICULTAD PARA QUEDARSE DORMIDO
29. MIEDO, NERVIOS, ANGUSTIA O PÁNICO
30. OTRAS _____

¿ESTÁ DISPUESTO A CONTINUAR USANDO CPAP? _____ (POR QUÉ? _____)

¿QUE BENEFICIOS LE APORTO EL USO DE CPAP? _____

FECHA: _____ EXPEDIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____




APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

USO: NOCHES/SEM _____ HORAS/NOCHE _____

LAS SIGUIENTES OPCIONES SE RELACIONAN A LA POSIBILIDAD QUE TIENE DE QUEDARSE DORMIDO (A) O DE "CABECEAR" EN DIFERENTES SITUACIONES EN LA ÚLTIMA SEMANA QUE USO EL AUTO-CPAP

QUE POSIBILIDAD TIENE DE QUEDARSE DORMIDO

SITUACIÓN	NADA (0)	LEVE (1)	MODERADA (2)	ALTA (3)
SENTADO LEYENDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIENDO TELEVISIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SENTADO SIN HACER NADA EN UN LUGAR PÚBLICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CÓMO PASAJERO EN UN CARRO O AUTOBUS EN VIAJES DE MÁS DE UNA HORA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACOSTÁNDOSE A DESCANSAR POR LA TARDE SI SU TRABAJO SE LO PERMITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SENTADO PLATICANDO CON ALGUIEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DESCANSANDO SENTADO DESPUÉS DE LA COMIDA SIN HABER TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EN UN CARRO O AUTOBUS MIENTRAS SE DETIENE POR POCOS MINUTOS EN EL TRÁFICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	4. Procedimiento para el préstamo de equipo a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de registro nocturno de presión positiva continua (Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio).		Hoja 142 de 172



CUESTIONARIO POST AUTO-CPAP



Dirección Médica
Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Paramédicos
Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño




INSTRUCTIVO DE LLENADO

CUESTIONARIO SOBRE EL ESTADO DE ANIMO

POR FAVOR RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOBRE SU ESTADO DE ANIMO EN ESTA SEMANA

1. ¿SE HA SENTIDO CON Poca ENERGÍA?	SI	NO
2. ¿HA PERDIDO INTERÉS EN LAS COSAS?	SI	NO
3. ¿HA PERDIDO CONFIANZA EN SI MISMO?	SI	NO
4. ¿SE HA SENTIDO SIN ESPERANZA EN EL FUTURO?	SI	NO
5. ¿HA TENIDO DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE?	SI	NO
6. ¿HA PERDIDO O GANADO PESO?	SI	NO
7. ¿SE SIENTE ENLENTECIDO?	SI	NO
8. ¿SE SIENTE PEOR EN LAS MAÑANAS?	SI	NO
9. ¿SE HA ESTADO DESPERTANDO DEMASIADO TEMPRANO?	SI	NO

NUMERO	CONCEPTO	SE ANOTARA
1	VISTA	NUMERO CONSECUTIVO EN LA BASE DE DATOS DEL AREA DE CUMPLIMIENTO, SEGUIMIENTO AL TRATAMIENTO Y TRABAJO SOCIAL
2	FECHA	FECHA DE CONSULTA
3	EXP.	NUMERO DE EXPERIENTE EN EL INER
4	CLASIF.	CLASIFICACION SOCIOECONOMICA ASIGNADA POR EL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
5	APELLIDO PATERNO, MATERINO Y NOMBRE (S)	NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE
6	EDAD	AÑOS CUMPLIDOS DEL PACIENTE
7	SEXO	SE ANOTA EL GENERO DEL PACIENTE
8	PRESION CPAP	PRESION DEL CPAP PRESCRITA
9	USO: NOCHES/SEM	CUANTAS NOCHES POR SEMANA USA EL EQUIPO
10	HORAS/NOCHE	CUANTAS HORAS POR NOCHE USA EL EQUIPO
11	PESO Kg	PESO EN KG'S DEL PACIENTE
12	TALLA m	ESTATURA DEL PACIENTE
13	CUELLO (cm)	RESULTADOS DE LA MEDICION DEL PERIMETRO DEL CUELLO DEL PACIENTE
14	TA	RESULTADO DE LA MEDICION DE LA PRESION ARTERIAL
15	SpO2 %	SATURACION DE OXIGENO DESPIERTO
16	OCCUPACION	A QUE SE DEDICA EL PACIENTE
17	ESCOLARIDAD	AÑOS COMPLETOS CURSADOS EN LA ESCUELA
18	DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD SEÑALADO POR EL MEDICO
19	QUE POSIBILIDAD TIENE DE QUEDARSE DORMIDO	ESCALA EPWORTH DE SOMBOLLECIA DIURNA
20	1, 2, 3, 4, 5	MARKAR EL GRADO QUE CORRESPONDA SI HA TENIDO MOLESTIAS POR EL USO DE CPAP
21	OTRAS	ANOTAR SI HA TENIDO OTRAS MOLESTIAS NO DESCRITAS EN LA LISTA
22	¿ESTA DISPUESTO A CONTINUAR USANDO CPAP?	ANOTAR "SI" O "NO"
23	¿POR QUE?	ANOTAR EL MOTIVO POR EL CUAL ESTA O NO DISPUESTO A CONTINUAR USANDO EL CPAP
24	¿QUE BENEFICIOS LE REPORTO EL USO DE CPAP?	ANOTAR LOS BENEFICIOS SENTIDOS CON EL USO DEL CPAP
25	CUESTIONARIO SOBRE EL ESTADO DE ANIMO	ANOTAR LA OPCION QUE CORRESPONDA SEGUN SU EXPERIENCIA

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	4. Procedimiento para el préstamo de equipo a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de registro nocturno de presión positiva continua (Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio).		Hoja 143 de 172

**10.4 Reporte de uso de AUTO-CPAP
INER-CS-12**



REPORTE DE USO DE AUTO-CPAP



DIRECCIÓN MÉDICA
 SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y PARAMÉDICOS
 CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO




Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Fecha de préstamo: _____


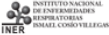
Mascarilla: _____




Molestia: _____

Beneficios: _____

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
4. Procedimiento para el préstamo de equipo a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de registro nocturno de presión positiva continua (Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio).		Hoja 144 de 172	

10.5 Cuestionario basal adultos INER-CS-05

	CUESTIONARIO BASAL ADULTOS			
		<small>INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS Y ALERGIAS</small> INER <small>Dirección Médica</small> <small>Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Paramédicos</small> <small>Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño</small>	PESO _____ TALLA _____ CUELLO _____ CMS.	
VISITA: _____ FECHA: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ No. DE EXPEDIENTE: _____			¿LE PRESCRIBIERON OXÍGENO? _____ ¿CUÁNTAS HORAS? _____ DÍA _____	
CLASIFICACIÓN: _____ SEXO: <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO EDAD: _____			NOCHE _____ ¿LO USA? _____ ¿CÓMO LO ADQUIRIÓ? _____	
APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRE (S) _____			DIAGNÓSTICO: _____	
DOMICILIO: _____ CALLE _____ NO. _____ COLONIA _____			PSG _____ FECHA PSG _____ NO. PSG _____	
DELEGACIÓN O MUNICIPIO _____ CP _____ ESTADO _____			SSAT _____ FECHA SSAT _____ NO. SSAT _____	
TELÉFONOS: _____ CASA _____ TRABAJO _____ RECIDIOS _____			AUTOSSET _____ FECHA AUTOSSET _____ NO. AUTOSSET _____	
		PRESIÓN EQUIPO CPAP: _____ BIPAP: _____ BIPAPST: _____ I: _____ E: _____ FR: _____		
LAS SIGUIENTES OPCIONES SE RELACIONAN A LA POSIBILIDAD QUE TIENE DE QUEDARSE DORMIDO (A) O DE "CABECLEAR" EN DIFERENTES SITUACIONES. ÉSTAS SE REFIEREN A LOS ÚLTIMOS DÍAS O SEMANAS.				
QUE POSIBILIDAD TIENE DE QUEDARSE DORMIDO				
SITUACIÓN	NADA (0)	LEVE (1)	MODERADA (2)	ALTA (3)
SENTADO LEYENDO.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIENDO TELEVISIÓN.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SENTADO SIN HACER NADA EN UN LUGAR PÚBLICO.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMO PASAJERO EN UN CARRO O AUTOBÚS EN VIAJES DE MÁS DE UNA HORA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACOSTÁNDOSE A DESCANSAR POR LA TARDE SI SU TRABAJO SE LO PERMITE.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SENTADO PLATICANDO CON ALGUIEN.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DESCANSANDO SENTADO DESPUÉS DE LA COMIDA SIN HABER TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EN UN CARRO O AUTOBÚS MIENTRAS SE DETIENE POR POCOS MINUTOS EN EL TRÁFICO.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	4. Procedimiento para el préstamo de equipo a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de registro nocturno de presión positiva continua (Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio).		Hoja 145 de 172






CUESTIONARIO BASAL ADULTOS





Dirección Médica
Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Paramédicos
Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño




INSTRUCTIVO DE LLENADO

NUMERO	CONCEPTO	SE ANOTARA
1	VISITA	NUMERO DE PACIENTE ASIGNADO EN LA BASE DE DATOS
2	FECHA	FECHA DEL DIA QUE ACUDE A CONSULTA
3	EXP.	NUMERO DE EXPEDIENTE DEL PACIENTE
4	HIST.	NUMERO DE HISTORIA DEL PACIENTE
5	CLASIFICACION	CLASIFICACION SOCIOECONOMICA
6	APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)	NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE
7	EDAD	EDAD DEL PACIENTE
8	SEXO	SEXO DEL PACIENTE
9	DOMICILIO	DOMICILIO ACTUAL Y COMPLETO DEL PACIENTE
10	TELEFONOS	TELEFONOS DONDE SE PUEDE LOCALIZAR AL PACIENTE
11	QUE POSIBILIDAD TIENE DE QUEDARSE DORMIDO	MARCAR EN EL RECUADRO LA OPCION QUE MAS SE APEGUE A SU SITUACION.
12	PESO	PESO DEL PACIENTE
13	TALLA	TALLA DEL PACIENTE
14	CUELLO	DIAMETRO DEL CUELLO DEL PACIENTE EN CENTIMETROS
15	¿LE PRESCRIBIERON OXIGENO?	SI LE RECIBIÓ OXIGENO COMO TRATAMIENTO
16	¿CUANTAS HORAS?	CUANTAS HORAS UTILIZA EL OXIGENO
17	DIA	ANOTAR SI USA EL OXIGENO DE DIA
18	NOCHE	ANOTAR SI USA EL OXIGENO DE NOCHE
19	¿LO USA?	ANOTAR SI USA EL OXIGENO QUE LE PRESCRIBIERON
20	¿CÓMO LO ADQUIRIÓ	DE QUE MANERA ADQUIRIÓ EL EQUIPO
21	DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICO EMITIDO EN EL PRIMER ESTUDIO DE SUEÑO
22	PSG	ANOTAR SI SE LE REALIZO O NO PSG
23	FECHA PSG	SI SE LE REALIZO PSG ANOTAR EN QUE FECHA
24	No. PSG	QUE NUMERO TIENE DE PSG
25	SSAT	ANOTAR SI SE LE REALIZO O NO SSAT
26	FECHA SSAT	SI SE LE REALIZO SSAT ANOTAR EN QUE FECHA
27	No. SSAT	ANOTAR EL NUMERO DE FOLIO DEL SSAT
28	AUTOSET	ANOTAR SI SE LE REALIZO O NO ESTUDIO DE AUTOSET
29	FECHA AUTOSET	SI SE LE REALIZO AUTOSET ANOTAR LA FECHA
30	No. AUTOSET	ANOTAR EL NUMERO DE FOLIO DEL AUTOSET
31	PRESION EQUIPO	PRESION DE CPAP PRESCRITA POR EL MEDICO
32	OTRA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA	SI EL PACIENTE PADECE OTRA ENFERMEDAD
33	SE OPERO	SI SE OPERO DE ALGUNA ENFERMEDAD
34	FECHA	SI SE OPERO, EN QUE FECHA
35	DE QUE	SI SE OPERO, DE QUE
36	AÑOS ESCUELA	ESCOLARIDAD DEL PACIENTE
37	OCCUPACION	A QUE SE OCEDEJA EL PACIENTE
38	DERECHO HABIENTE	SI TIENE IMSS O ISSSTE
39	HAS	SI PADECE HAS
40	MEDICAMENTOS CV	SI UTILIZA MEDICAMENTOS CARDIOVASCULARES
41	CORAZON	SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD DEL CORAZON
42	INICIO USO EQUIPO: CPAP	MARCAR SI INICIO USO DE CPAP
43	BIPAP	MARCAR SI INICIO USO DE BIPAP
44	AUTOSET	MARCAR SI INICIO USO DE AUTOSET
45	FECHA INICIO	ANOTAR EN FECHA INICIO EL USO DEL EQUIPO
46	HUMIDIFICADOR	ANOTAR SI EL EQUIPO TIENE HUMIDIFICADOR
47	MARCA	DE QUE MARCA ES SU EQUIPO
48	CÓMO ADQUIRIÓ EL EQUIPO	DE QUE MANERA ADQUIRIÓ EL EQUIPO

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	4. Procedimiento para el préstamo de equipo a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de registro nocturno de presión positiva continua (Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio).		Hoja 146 de 172

10.6 Cuestionario de 30 días INER-CS-07

	CUESTIONARIO DE 30 DÍAS			
		INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL CORDOBA VILLALBA Dirección Médica Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Paramédicos Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño		
VISITA: _____ FECHA: _____		SI USTED TIENE ALGUNAS MOLESTIAS POR EL USO DEL EQUIPO ELIJA LAS 5 PRINCIPALES QUE LAS DESCRIBEN: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____		
		1.- CATARRO. 2.- NARIZ CONGESTIONADA U OBSTRUCCIÓN, NO PUEDO RESPIRAR. 3.- RESEQUEZAD EXCESIVA DE LA NARIZ O GARGANTA ESPECIALMENTE AL DESPERTARSE POR LA MAÑANA. 4.- DOLOR EN LA NARIZ O GARGANTA. 5.- DOLOR DE CABEZA. 6.- IRRITACIÓN EN LOS OJOS. 7.- DOLOR EN LOS OJOS. 8.- DESPERTARES FRECUENTES DURANTE LA NOCHE. 9.- DIFICULTAD PARA VOLVER A DORMIRME SI ME DESPIERTO EN LA NOCHE. 10.- FUGA DE AIRE DE LA MASCARA NASAL. 11.- INCOMODIDAD POR LA MASCARA NASAL. 12.- MARCAS O IRRITACIÓN POR LA MASCARA NASAL. 13.- MI COMPAÑERO (A) DE LA RECAMARA SE QUEJA POR EL RUIDO DEL CPAP. 14.- SE ME PASAN ALIMENTO O LIQUIDOS DIRECTO A LA NARIZ CUANDO DEGLUTO. 15.- EL SONIDO DE MI VOZ HA CAMBIADO. 16.- DOLOR DE LA GARGANTA AL PASAR SALIVA, LIQUIDOS O ALIMENTOS. 17.- DOLOR EN EL MOVIMIENTO DE MANDIBULAS O LOS MUSCULOS DE LAS MANDIBULAS. 18.- ME PREOCUPA TENER QUE USAR EL CPAP. 19.- ME DUELEN LOS DIENTES AL MENOS UNA HORA. 20.- MOLESTIA O DOLOR EN LAS ENCIAS. 21.- DIFICULTAD PARA PODER PAGAR EL TRATAMIENTO. 22.- SENSACIÓN DE SOFOCACIÓN. 23.- SALIVACIÓN EXCESIVA. 24.- DIFICULTAD PARA MASTICAR POR LA MAÑANA. 25.- DIFICULTAD PARA MASTICAR CON LAS MUELAS. 26.- MIS DIENTES SE HAN MOVIDO Y YA NO AJUSTAN. 27.- USAR CPAP ME HACE SENTIR MUY ENFERMO. 28.- ME APEÑA QUE MIS FAMILIARES ME VEAN CON LA MASCARILLA. 29.- INSOMNIO, DIFICULTAD PARA QUEDARSE DORMIDO 30.- NERVIOS, ANGSTIA O PÁNICO 31.- OTRAS: _____		
APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRE (S) _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ CÓMO ADQUIRIÓ EL EQUIPO: _____ ¿TIENE HUMIDIFICADOR? _____ FECHA DE INICIO: _____ USO NOCHES X SEMANA: _____ USO HORAS X NOCHE: _____ SE SIENTE MEJOR: _____				
CUESTIONARIO				
LAS SIGUIENTES OPCIONES SE RELACIONAN A LA POSIBILIDAD QUE TIENE DE QUEDARSE DORMIDO (A) O DE "CABEEAR" EN DIFERENTES SITUACIONES. ÉSTAS SE REFIEREN A LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS.				
	QUE POSIBILIDAD TIENE DE QUEDARSE DORMIDO			
SITUACIÓN	NADA (0)	LEVE (1)	MODERADA (2)	ALTA (3)
SENTADO LEYENDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIENDO TELEVISIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SENTADO SIN HACER NADA EN UN LUGAR PÚBLICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMO PASAJERO EN UN CARRO O AUTOBUS EN VIAJES DE MÁS DE UNA HORA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACOSTÁNDOSE A DESCANSAR POR LA TARDE SI SU TRABAJO SE LO PERMITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SENTADO PLATICANDO CON ALGUIEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DESCANSANDO SENTADO DESPUÉS DE LA COMIDA SIN HABER TOMADO BEBIDAS ALCOHÓLICAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EN UN CARRO O AUTOBUS MIENTRAS SE DETIENE POR POCOS MINUTOS EN EL TRÁFICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SpO2 _____ % T.A. _____ mm Hg			

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	4. Procedimiento para el préstamo de equipo a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de registro nocturno de presión positiva continua (Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio).		Hoja 147 de 172






CUESTIONARIO DE 30 DIAS






Dirección Médica
Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Paramédicos
Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño

INSTRUCTIVO DE LLENADO

NUMERO	CONCEPTO	SE ANOTARA
1	VISITA	NUMERO CONSECUTIVO DE LA BASE DE DATOS
2	FECHA	FECHA DE REALIZACIÓN DE LA CONSULTA
3	EXP.	No. DE EXPEDIENTE EN EL INER, DEL PACIENTE
4	COMO ADQUIRIDO EL EQUIPO	DE QUE FORMA ADQUIRIDO EL EQUIPO
5	¿HUMIDIFICADOR?	ESCRIBIR SI EL EQUIPO CUENTA CON HUMIDIFICADOR O NO
6	FECHA DE INICIO	FECHA EN QUE INICIO EL USO DEL EQUIPO
7	USO: NOCHES/SEMANA	CUANTAS NOCHES POR SEMANA USA EL EQUIPO
8	HORAS/NOCHE	CUANTOS HORAS POR NOCHE USA EL EQUIPO
9	¿SE SIENTE MEJOR?	ESCRIBIR "SI" O "NO" SEGÚN SU CASO
10	CUESTIONARIO	MARCAR LA OPCION ADECUADA SEGÚN SU CASO
11	MOLESTIAS POR EL USO DE EQUIPO	ELEGIR 5 DE LAS OPCIONES QUE SE LE PRESENTAN Y ANOTAR UN NUMERO EN CADA LINEA
12	OTRAS	ANOTAR SI TIENE ALGUNA MOLESTIA NO DESCRITA EN LAS OPCIONES ANTERIORES
13	CUESTIONARIO SOBRE EL ESTADO DE ANIMO	MARCAR "SI" O "NO" SEGÚN SU CASO
14	SaO2 _____ % T.A. _____ mm Hg	MEDICIÓN DE SATURACIÓN DE OXIGENO EN PORCENTAJE Y MEDICIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL CORRESPONDIENTEMENTE.




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
4. Procedimiento para el préstamo de equipo a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de registro nocturno de presión positiva continua (Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio).		Hoja 148 de 172	

10.7 Solicitud de interconsulta INER-EC-08

 	SOLICITUD DE INTERCONSULTA	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COSÍO VILLEGAS</small>																																						
<small>DIRECCIÓN MÉDICA SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE NEUMOLOGÍA SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA</small>																																								
Fecha: ____/____/____																																								
	FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE: ____/____/____																																							
	SERVICIO SOLICITANTE: _____																																							
	No. DE PROTOCOLO: _____																																							
MARQUE LAS INTERCONSULTAS QUE SOLICITE, RESALTANDO LA PRINCIPAL <small>* En estas especialidades llenar una solicitud por Interconsulta</small>																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>CE01 PRECONSULTA DE NEUMOLOGÍA</td><td>CE21 CLÍNICA DE EPOC</td></tr> <tr><td>CE02 PRECONSULTA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA*</td><td>CE22 CLÍNICA DE INTERSTICIALES</td></tr> <tr><td>CE03 PSIQUIATRÍA</td><td>CE23 CIRUGÍA</td></tr> <tr><td>CE04 CARDIOLOGÍA</td><td>CE24 CLÍNICA DE TRAQUEA</td></tr> <tr><td>CE05 MEDICINA INTERNA</td><td>CE25 GASTROENTEROLOGÍA</td></tr> <tr><td>CE06 NEUMOLOGÍA</td><td>CE26 AUDILOGÍA (OTORRINOLARINGOLOGÍA)*</td></tr> <tr><td>CE07 NEUMOPEDIATRÍA</td><td>CE27 CLÍNICA DE VASCULITIS</td></tr> <tr><td>CE08 OTORRINOLARINGOLOGÍA*</td><td>CE31 CONSULTA DE PRIMERA VEZ A ESPECIALIDAD</td></tr> <tr><td>CE09 REUMATOLOGÍA</td><td>CE32 CONSULTA DE VALORACIÓN ANESTÉSICA</td></tr> <tr><td>CE10 ONCOLOGÍA (PABELLÓN 3)</td><td>CE33 CONSULTA DE LA CLÍNICA DE TRASPLANTE PULMONAR</td></tr> <tr><td>CE11 INFECTOLOGÍA NEUMOLÓGICA</td><td>CE34 CLÍNICA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL</td></tr> <tr><td>CE12 DIETOLOGÍA</td><td>CE35 NEUMOLOGÍA CLÍNICA (PABELLÓN 4)</td></tr> <tr><td>CE13 CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO</td><td>CE36 CIRUGÍA CARDIOVASCULAR</td></tr> <tr><td>CE15 HEMATOLOGÍA*</td><td>ES01 ALERGLOGÍA</td></tr> <tr><td>CE16 CLÍNICA DEL DOLOR</td><td>ES02 ESTOMATOLOGÍA*</td></tr> <tr><td>CE17 REHABILITACIÓN RESPIRATORIA *</td><td>OT07 CLÍNICA DE TABAQUISMO (CONSULTA NEUMOLÓGICA)*</td></tr> <tr><td>CE18 CLÍNICA DE TUBERCULOSIS</td><td></td></tr> <tr><td>CE20 CARDIOPEDIATRÍA*</td><td></td></tr> </tbody> </table>			CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA		CE01 PRECONSULTA DE NEUMOLOGÍA	CE21 CLÍNICA DE EPOC	CE02 PRECONSULTA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA*	CE22 CLÍNICA DE INTERSTICIALES	CE03 PSIQUIATRÍA	CE23 CIRUGÍA	CE04 CARDIOLOGÍA	CE24 CLÍNICA DE TRAQUEA	CE05 MEDICINA INTERNA	CE25 GASTROENTEROLOGÍA	CE06 NEUMOLOGÍA	CE26 AUDILOGÍA (OTORRINOLARINGOLOGÍA)*	CE07 NEUMOPEDIATRÍA	CE27 CLÍNICA DE VASCULITIS	CE08 OTORRINOLARINGOLOGÍA*	CE31 CONSULTA DE PRIMERA VEZ A ESPECIALIDAD	CE09 REUMATOLOGÍA	CE32 CONSULTA DE VALORACIÓN ANESTÉSICA	CE10 ONCOLOGÍA (PABELLÓN 3)	CE33 CONSULTA DE LA CLÍNICA DE TRASPLANTE PULMONAR	CE11 INFECTOLOGÍA NEUMOLÓGICA	CE34 CLÍNICA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	CE12 DIETOLOGÍA	CE35 NEUMOLOGÍA CLÍNICA (PABELLÓN 4)	CE13 CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO	CE36 CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	CE15 HEMATOLOGÍA*	ES01 ALERGLOGÍA	CE16 CLÍNICA DEL DOLOR	ES02 ESTOMATOLOGÍA*	CE17 REHABILITACIÓN RESPIRATORIA *	OT07 CLÍNICA DE TABAQUISMO (CONSULTA NEUMOLÓGICA)*	CE18 CLÍNICA DE TUBERCULOSIS		CE20 CARDIOPEDIATRÍA*	
CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA																																								
CE01 PRECONSULTA DE NEUMOLOGÍA	CE21 CLÍNICA DE EPOC																																							
CE02 PRECONSULTA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA*	CE22 CLÍNICA DE INTERSTICIALES																																							
CE03 PSIQUIATRÍA	CE23 CIRUGÍA																																							
CE04 CARDIOLOGÍA	CE24 CLÍNICA DE TRAQUEA																																							
CE05 MEDICINA INTERNA	CE25 GASTROENTEROLOGÍA																																							
CE06 NEUMOLOGÍA	CE26 AUDILOGÍA (OTORRINOLARINGOLOGÍA)*																																							
CE07 NEUMOPEDIATRÍA	CE27 CLÍNICA DE VASCULITIS																																							
CE08 OTORRINOLARINGOLOGÍA*	CE31 CONSULTA DE PRIMERA VEZ A ESPECIALIDAD																																							
CE09 REUMATOLOGÍA	CE32 CONSULTA DE VALORACIÓN ANESTÉSICA																																							
CE10 ONCOLOGÍA (PABELLÓN 3)	CE33 CONSULTA DE LA CLÍNICA DE TRASPLANTE PULMONAR																																							
CE11 INFECTOLOGÍA NEUMOLÓGICA	CE34 CLÍNICA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL																																							
CE12 DIETOLOGÍA	CE35 NEUMOLOGÍA CLÍNICA (PABELLÓN 4)																																							
CE13 CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO	CE36 CIRUGÍA CARDIOVASCULAR																																							
CE15 HEMATOLOGÍA*	ES01 ALERGLOGÍA																																							
CE16 CLÍNICA DEL DOLOR	ES02 ESTOMATOLOGÍA*																																							
CE17 REHABILITACIÓN RESPIRATORIA *	OT07 CLÍNICA DE TABAQUISMO (CONSULTA NEUMOLÓGICA)*																																							
CE18 CLÍNICA DE TUBERCULOSIS																																								
CE20 CARDIOPEDIATRÍA*																																								
Diagnóstico(s): _____ _____ _____																																								
Motivo de Interconsulta(s): _____ _____ _____																																								
Nombre del médico tratante	Firma																																							

Importante:

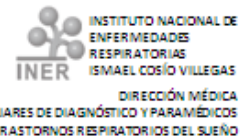
- Se recomienda enviar estudios actualizados para la adecuada realización de la interconsulta.
- El reporte de la interconsulta se realizará en la hoja de nota médica.
- Es estrictamente necesario el envío de esta solicitud, para la correcta programación por el personal administrativo de la consulta externa.
- Para la interconsulta a cardiología se deberá anexar el formato de electrocardiograma INER-CE-09 (12.2013)
- Neumología consulta externa, solo para especialidades no neumológicas.

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	4. Procedimiento para el préstamo de equipo a domicilio y seguimiento de pacientes subsecuentes con uso de dispositivo de registro nocturno de presión positiva continua (Clínica de Presión Positiva y Diagnóstico Ambulatorio).		Hoja 149 de 172

10.8 Escala Epworth INER-CS-23





ESCALA EPWORTH






Fecha		
Nombre completo del paciente		
Fecha de nacimiento (Año/Mes/Día)	Edad	Género

APEGO	
Uso: Noches/semana _____	Horas/noche _____

Las siguientes opciones se relacionan a la posibilidad que tiene de quedarse dormido (a) o de "cabecear" en diferentes situaciones. Éstas se refieren a los últimos 30 días.				
SITUACIÓN	NADA (0)	LEVE (1)	MODERADA (2)	ALTA (3)
Sentado leyendo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viendo televisión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado sin hacer nada en un lugar público.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Como pasajero en un carro o autobús en viajes de más de una hora.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acostándose a descansar por la tarde si su trabajo se lo permite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado platicando con alguien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descansando sentado después de la comida sin haber tomado bebidas alcohólicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En un carro o autobús mientras se detiene por pocos minutos en el tráfico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación con financiamiento externo e interno		Hoja 150 de 172

5. PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO LOS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CON FINANCIAMIENTO EXTERNO E INTERNO

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación con financiamiento externo e interno		Hoja 151 de 172

1.0 PROPÓSITO




- 1.1 Promover Proyectos de Investigación y transformar éstos en líneas de investigación y éstas últimas en programas multidisciplinarios de estudio y vincularlo más estrechamente con las actividades de atención médica y la enseñanza, e incrementar el número de trabajos publicitados en las revistas del más alto nivel.

2.0 ALCANCE



- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a todo el personal multidisciplinario que interviene en el procedimiento.

3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS




- 3.1 El Personal adscrito a la Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño es el responsable de cumplir este procedimiento y mantenerlo actualizado.
- 3.2 Todo el personal adscrito a las áreas deben mantener una conducta ética y de trato profesional para con los pacientes y con todo el personal del Instituto en cumplimiento al Código de Ética Institucional.
- 3.3 Todo el personal deberá portar sin excusa, la credencial institucional para su fácil identificación dentro de las instalaciones del Instituto, asimismo el personal ambulatorio, rotante, de servicio social y/o que esté realizando prácticas profesionales deberá portar la identificación correspondiente en todo momento.
- 3.4 El personal de la Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño, está comprometido a actualizar sus conocimientos para desarrollar con calidad, eficacia y eficiencia sus funciones, conforme a sus habilidades, destrezas y experiencia.
- 3.5 Financiamiento externo:

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación con financiamiento externo e interno		Hoja 152 de 172

- 3.5.1 Los proyectos de investigación con financiamiento externo que se realicen en el laboratorio del sueño deben ser evaluados y autorizados por el Comité de Ética en Investigación y el Comité de Investigación, así como por el Departamento Jurídico.
- 3.5.2 El director del INER y el representante de la empresa patrocinadora deben firmar un convenio donde el Instituto se compromete a llevar a cabo la investigación y la empresa se compromete a pagar la cantidad acordada.
- 3.5.3 El convenio debe incluir las fechas de los pagos y las fracciones del total estimado. Los montos requeridos por servicios prestados por el INER deben ser sugeridos o calculados por el Módulo de Convenios y la Subdirección de Recursos Financieros del INER.
- 3.5.4 Los costos incluirán compensaciones para los investigadores y participantes por el trabajo adicional realizado para completar el proyecto.
- 3.5.5 El convenio debe especificar claramente la aplicación de los fondos incluyendo las compensaciones al personal. En caso de haber compensaciones descritas en el convenio su otorgamiento se ajustará a la normativa vigente en el INER.
- 3.5.6 El investigador responsable tiene la obligación de informar a la Dirección de Investigación el término, renovación o cancelación del proyecto.
- 3.5.7 Se deben controlar los estados de cuenta mensual para la correcta administración de los recursos monetarios.
- 3.5.8 Se debe manejar un fondo fijo para gastos menores que se generen en cada proyecto.
- 3.6 **Financiamiento interno:**
- 3.6.1 Los proyectos de investigación con financiamiento interno que se realicen en el laboratorio del sueño deben ser evaluados y autorizados por el Comité de Ética en Investigación y el Comité de Investigación del Instituto.
- 3.6.2 Los expedientes de pacientes de protocolo deben incluir los formatos de “Carta de Consentimiento Informado” e “Informe al Titular de sus Datos Personales” debidamente requisitados.
- 3.6.3 El investigador responsable tendrá la obligación de enviar oportunamente a la Dirección de Investigación el Informe de los proyectos que semestralmente solicitan, acorde a los formatos que en él se incluyen; así mismo debe informar a la Dirección Médica.




	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación con financiamiento externo e interno		Hoja 153 de 172

- 3.7 El personal de la Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño, deberá participar de las actividades de enseñanza y entrenamiento del personal médico y técnico rotante por el servicio.




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación con financiamiento externo e interno		Hoja 154 de 172

4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO




Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Financiamiento externo			
Investigador Responsable	1	Establece negociación o con la empresa o Institución para desarrollar proyecto de investigación en el Instituto.	
	2	Presenta la propuesta del proyecto para su aprobación ante el Comité de Ética en Investigación y el Comité de Investigación del Instituto.	
Comité de Ética en Investigación y Comité de Investigación	3	Analiza la propuesta del proyecto.	
	4	¿El proyecto procede? No. Informa al investigador responsable y termina el procedimiento. Si. Informa al investigador responsable. Continúa actividad 5.	
Investigador Responsable	5	Coordina con el patrocinador la elaboración de un convenio de colaboración entre éste y el Instituto.	
	6	Solicita asesoría a la Subdirección de Recursos Financieros y Departamento de Asuntos Jurídicos para la estimación de costos y elaboración del convenio que incluirán compensaciones para el personal que participa.	
Subdirección de Recursos Financieros y Departamento de Asuntos Jurídicos	7	Elabora Convenio y estimación de costos.	
Investigador Responsable	8	Presenta el convenio al Director General para su revisión.	

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación con financiamiento externo e interno		Hoja 155 de 172



Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Director General a través del Departamento de Asuntos Jurídicos	9	Revisa convenio y convoca reunión con el representante de la empresa privada para la firma del mismo.	
Director General, Representante de la Empresa Privada e Investigador Responsable	10	Realiza firma del convenio.	
Investigador Responsable	11	Inicia Proyecto de Investigación.	
Investigador Responsable/ coordinación administrativa	12	Realiza los avances correspondientes e informa de los mismos a las partes correspondientes (Empresa privada y al Instituto).	
	13	¿Concluye el proyecto? No. Presenta una justificación de las causas que motivaron que no concluyera, notifica a las partes correspondientes y solicita una prórroga al Departamento de Apoyo Técnico. Al término de la prórroga continúa con la actividad 14. Si. Informa a ambas partes. Continúa actividad 14.	
	14	Informa a la Subdirección de Recursos Financieros.	
Subdirección de Recursos Financieros	15	Se asegura del pago pactado por la empresa privada, distribuyen honorarios en caso de existir y realiza la contabilidad del proyecto.	
	16	Revisa información financiera y elabora el informe correspondiente.	
Investigador Responsable/ coordinación administrativa	17	Integra y entrega informes técnico-administrativos así como resultados finales de la investigación.	

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación con financiamiento externo e interno		Hoja 156 de 172

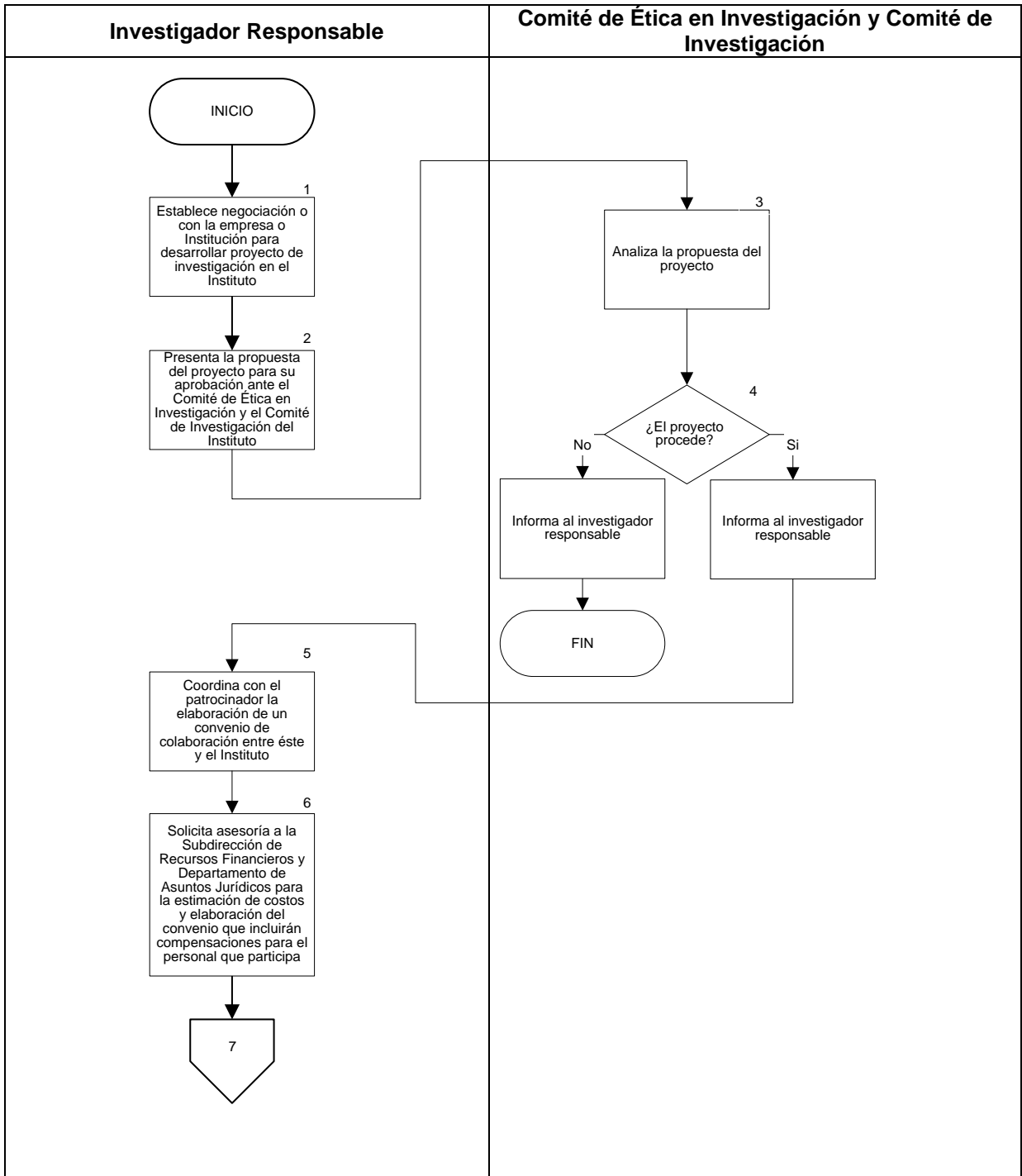
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Financiamiento interno			
Investigador Responsable	18	Presenta la propuesta del proyecto para su aprobación ante el Comité de Ética en Investigación y el Comité de Investigación del Instituto.	
Comité de Ética en Investigación y el Comité de Investigación	19	Analiza la propuesta del proyecto.	
	20	¿El proyecto procede? No. Informa al investigador responsable. Termina procedimiento. Si. Informa al investigador responsable. Continúa actividad 21.	
Investigador Responsable	21	Recibe carta de aprobación, con formatos de "Carta de Consentimiento Informado" e "Informe al titular de sus datos personales".	Consentimiento Bajo Información INER-CEECL-01
	22	Inicia Proyecto de Investigación.	
	23	Integra expedientes de pacientes, incluyendo estrictamente los formatos de consentimiento informado e informe al titular de sus datos personales.	Consentimiento Bajo Información INER-CEECL-01 Informe al titular de sus datos personales INER-DI-01
	24	Solicita en la Oficina de Convenios los estudios autorizados correspondientes a cada protocolo e integra en el expediente los formatos.	
	25	Informa semestralmente los avances de los protocolos y actividades más importantes como publicaciones, etcétera a la Dirección de Investigación (a través del Departamento de apoyo Técnico) mediante los formatos preestablecidos; Asimismo informa a la Dirección Médica.	




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación con financiamiento externo e interno		Hoja 157 de 172

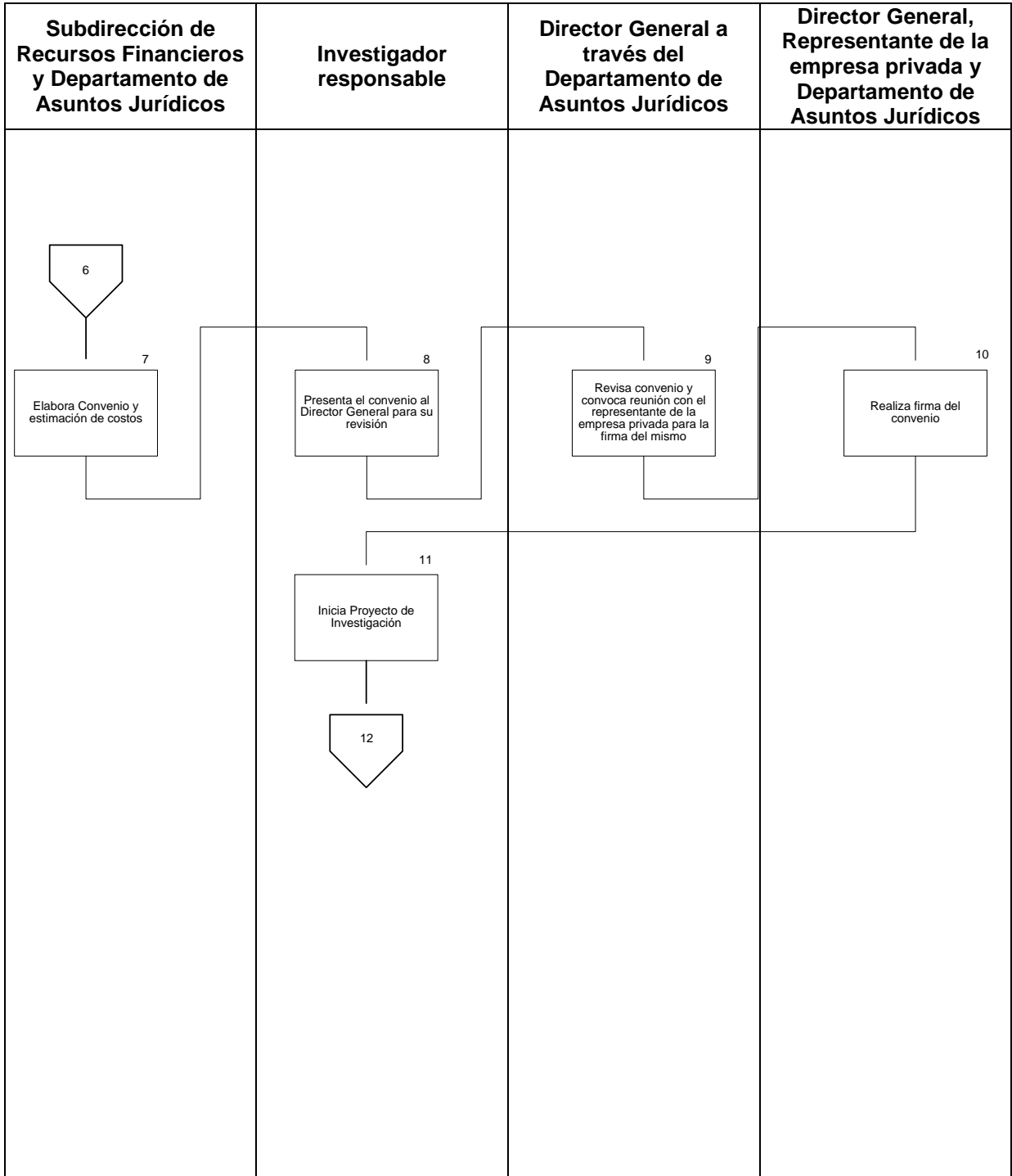
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Investigador Responsable	26	<p>¿El protocolo finaliza de acuerdo a su periodo de vigencia?</p> <p>No. Presenta justificación de las causas por las que no puede concluir y solicita prórroga. Continúa actividad 27.</p> <p>Si. Informa a las áreas correspondientes los resultados obtenidos incluyendo las actividades derivadas tales como publicaciones, en su caso. Termina procedimiento.</p>	
	27	<p>¿La solicitud de prórroga fue aceptada?</p> <p>No. Finaliza protocolo. Termina procedimiento.</p> <p>Si. Continúa el desarrollo del proyecto. Regresa a la actividad 23.</p> <p>Termina procedimiento</p>	




	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación con financiamiento externo e interno		Hoja 158 de 172

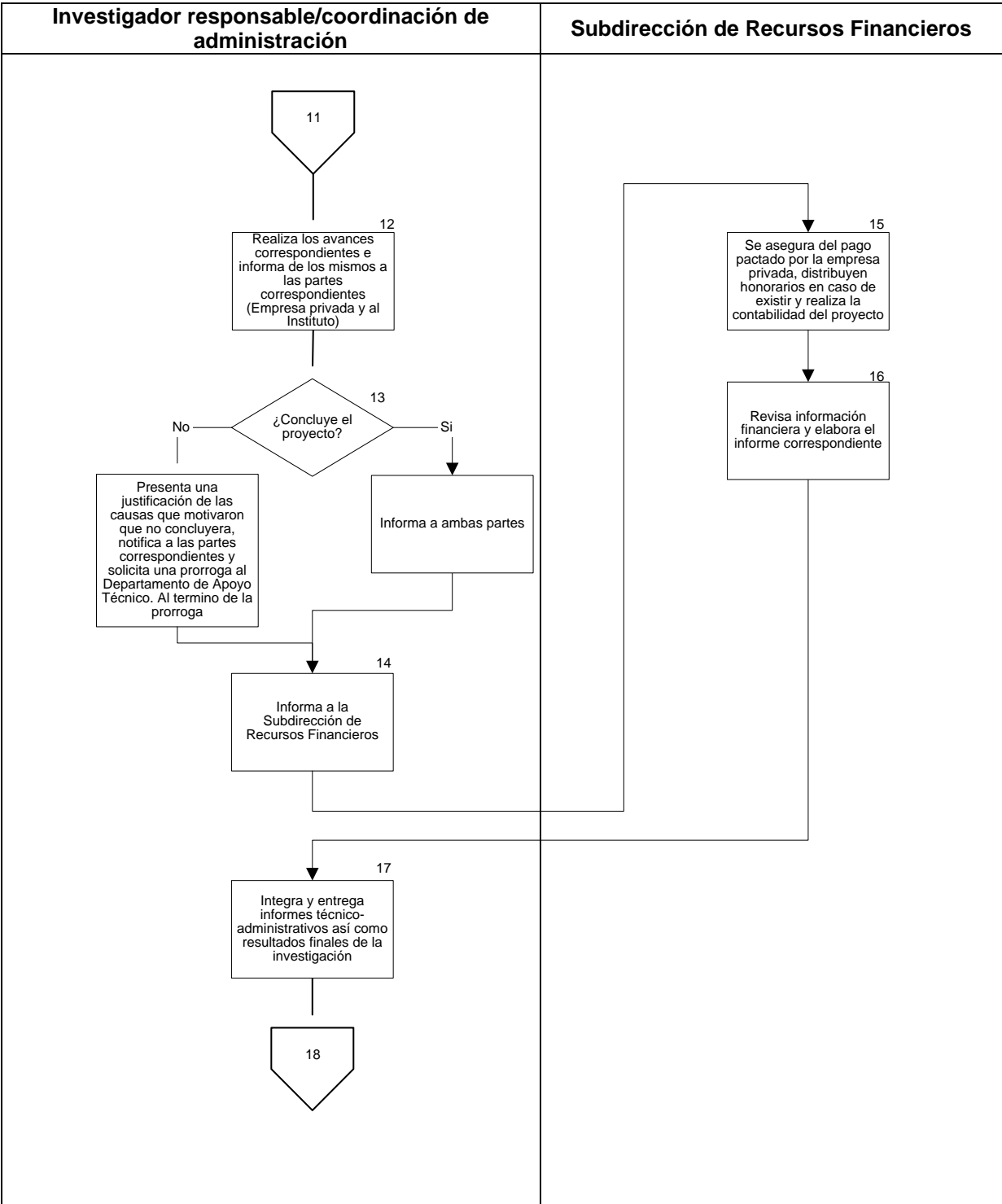
5.0 DIAGRAMA DE FLUJO





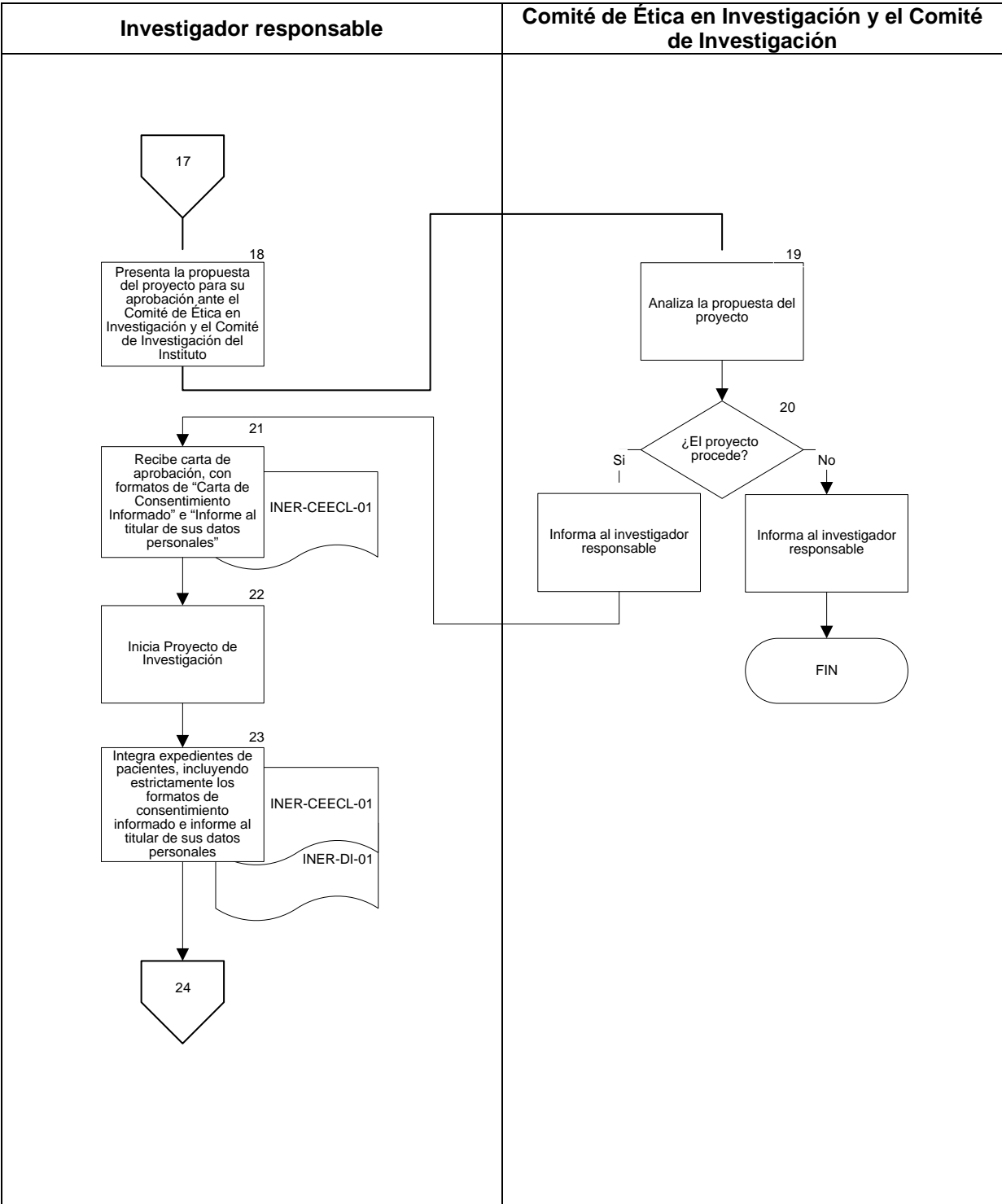
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación con financiamiento externo e interno		Hoja 159 de 172





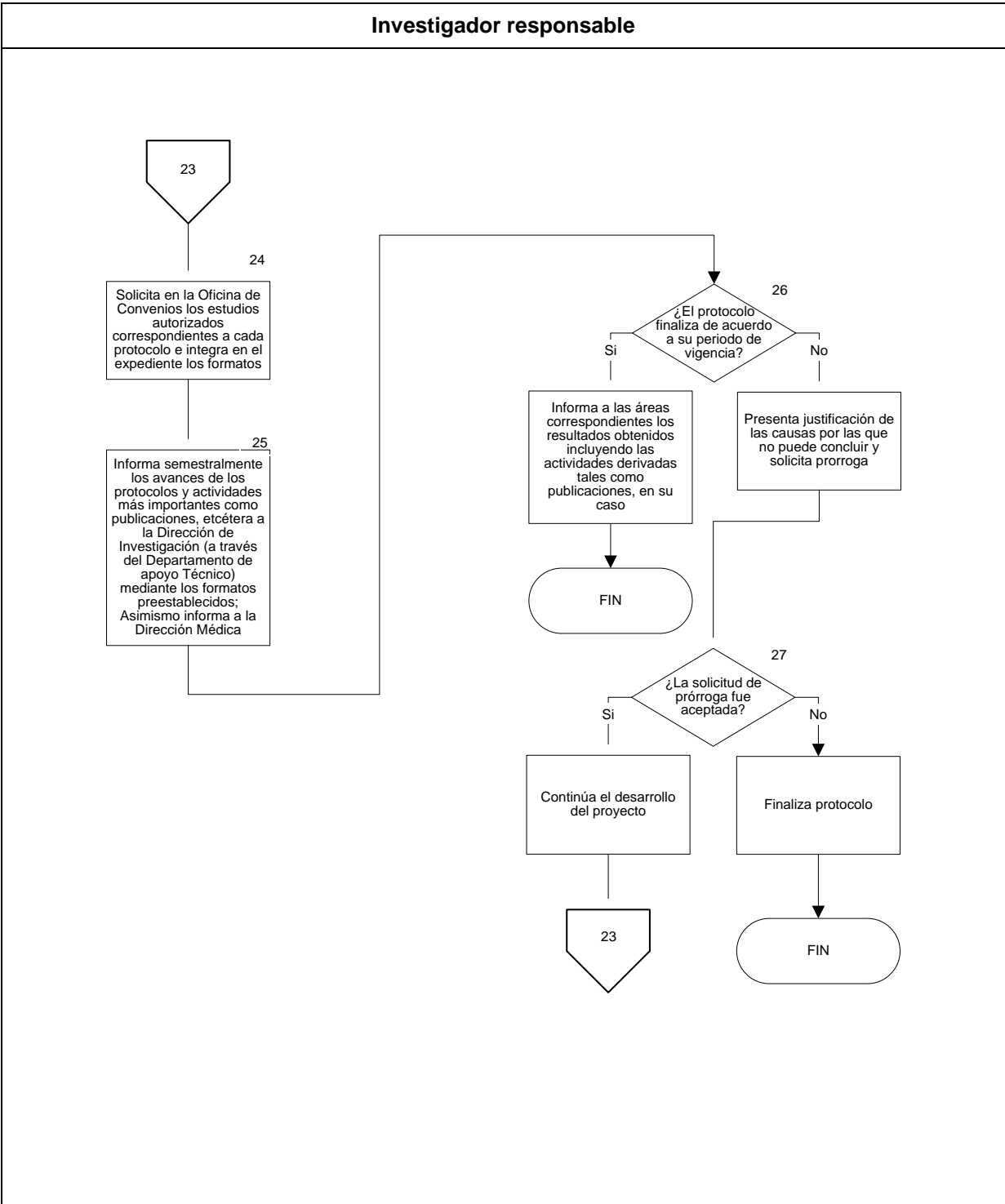
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación con financiamiento externo e interno		Hoja 160 de 172






	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación con financiamiento externo e interno		Hoja 161 de 172



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación con financiamiento externo e interno		Hoja 162 de 172



 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación con financiamiento externo e interno		Hoja 163 de 172

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud.	No aplica

7.0 REGISTROS




Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Consentimiento Informado	No aplica	Expediente clínico	INER-CEECL-01
Informe al titular de sus datos personales	No aplica	Expediente Clínico	INER-DI-01

8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 No aplica

9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
5	2016	Actualización de procedimiento

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación con financiamiento externo e interno		Hoja 164 de 172

10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Consentimiento Bajo Información INER-CEECL-01

CONSENTIMIENTO INFORMADO
(Autorización de procedimientos diagnósticos, médicos, quirúrgicos menores, invasivos y de rehabilitación. De acuerdo al reglamento de la Secretaría de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Capítulo IV. Arts. 80, 81, 82 y 83 y a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA0-2012, Del Expediente Clínico, numerales 4.2 y 10.1)

Talpan, Ciudad de México, a _____ de _____ de _____ Hoja 1 de 2.

Nombre completo del paciente	Año/Mes/Día	No. De Expediente
------------------------------	-------------	-------------------

Información: Con motivo de la atención médica que se encuentra Usted recibiendo por su problema de su médica(s) tratante (_____) ha determinado que se requiere de la realización de un procedimiento: diagnóstico, médico, quirúrgico menor, invasivo, rehabilitación que aquí se indican.

El médico tratante debe describir el procedimiento, tipo de estudio o el tratamiento a realizar, así como los **beneficios** esperados y los **riesgos** inherentes:

Consentimiento: Yo _____ en mi carácter de _____, hago constar que me fue explicado en forma verbal, sin presión alguna, de manera clara, sencilla y completa sobre el probable diagnóstico, el pronóstico y tratamiento de la enfermedad en cuestión y autorizo libremente la realización de él(los) procedimiento(s) diagnóstico (s), médico(s), quirúrgico(s), invasivos y/o de rehabilitación que aquí se indican, sabiendo el(los) diagnóstico(s) probable(s) o diagnóstico confirmado de: _____

Me explicaron los beneficios esperados así como los riesgos potenciales y posibles complicaciones de los procedimientos antes mencionados. Estoy enterado(a) de que cualquier procedimiento o administración de medicamentos representa un riesgo de complicaciones, pero que el beneficio redundará en un diagnóstico y tratamiento adecuado de mi problema médico. Tomando en cuenta lo anterior y en pleno uso de mis facultades determino que:

SI AUTORIZO al equipo de salud del INER a que realicen los procedimientos antes señalados.

NO AUTORIZO, los procedimientos propuestos aún sabiendo las consecuencias y riesgos de mi determinación, eximiendo de toda responsabilidad al INER

Nombre completo del paciente, familiar cercano, persona responsable o representante legal	Firma y/o huella digital
---	--------------------------

TESTIGO	TESTIGO
Nombre y firma/ huella digital	Nombre y firma/ huella digital

Nombre del médico tratante	Cédula Profesional	Firma
----------------------------	--------------------	-------

En caso de cambiar de opinión, podrá ser revocado el consentimiento de todos o alguno de los procedimientos señalados en cualquier momento, registrando la determinación en el reverso de este documento. En caso de que el paciente, persona responsable o tutor legal del mismo no sepan leer o escribir, deberán plasmar su huella digital. La revocación de este documento no condicionará la prestación de servicios de atención médica.

CONSENTIMIENTO INFORMADO
(Autorización de procedimientos diagnósticos, médicos, quirúrgicos menores, invasivos y de rehabilitación. De acuerdo al reglamento de la Secretaría de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Capítulo IV. Arts. 80, 81, 82 y 83 y a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA0-2012, Del Expediente Clínico, numerales 4.2 y 10.1)

PARA LA REVOCACIÓN

Yo en mi carácter de paciente, familiar ó responsable legal del paciente, revoco el consentimiento autorizado previamente en este formato y declaro que entiendo y acepto los riesgos y posibles consecuencias derivadas de la falta de realización del procedimiento(s) diagnóstico (s), médico(s), quirúrgico(s), invasivos y/o de rehabilitación planteado.




Revoco el consentimiento para _____

Nombre del paciente, familiar responsable ó representante legal que revoca	Firma y/o huella digital	Día Mes Año
--	--------------------------	-------------

Este documento deberá ser elaborado en original, sin abreviaturas, enmendaduras o tachaduras e integrarse al expediente clínico del paciente. Cada vez que sea necesaria la autorización de algún procedimiento diagnóstico, médico, quirúrgico, invasivo o rehabilitación al paciente, deberá de elaborarse un Consentimiento informado.

Ciudad de Talpan 4502, Col. Sección XVI, C.P. 14000, México, D.F. Teléfono 54.87.17.00

INER-CEECL-01 (03.2016)

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	5. Procedimiento para llevar a cabo los proyectos de investigación con financiamiento externo e interno		Hoja 165 de 172

**10.2 Informe al titular de sus datos personales
INER-DI-01**



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
ISMAEL COSÍO VILLEGAS
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN



**INFORME AL TITULAR DE SUS DATOS PERSONALES
(DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN)**

Los datos personales serán protegidos, incorporados y tratados en el sistema de datos personales denominado BASE DE DATOS DE LOS PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN, con fundamento en Ley General de Salud en Materia de Investigación, Decreto INER 04-08-88, Ley General de Salud D.O.F. 7-II-1984 Ref. D.O.F. 27-V-1987, 23-XII-1987, 14-IV-1991, 7-V-1997, F.E. D.O.F. 6-IX-1984, 23-VII-1986, 18-11-1988, 12-VII-1991, 07-VI-2012, Adiciones D.O.F. 21-X-1988, 24-X-1994, 26-VII-1995, 9-VII-1996; Ley de los Institutos Nacionales de Salud D.O.F. 26-V-2000, Reforma 30-V-2012, cuya finalidad es concentrar la información necesaria para el desarrollo del proyecto de investigación para lo cual fue reclutado el paciente, fue registrado en el sistema de datos personales ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública, IFAI (www.ifai.org.mx). La unidad administrativa responsable del sistema de datos personales en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, Dirección de Investigación, Dirección Médica e Investigadores, la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección ante la misma es la Unidad de Enlace del INER, ubicada en Calzada de Tlalpan 4502. Col. Sección XVI. Delegación Tlalpan.

Lo anterior se informa en cumplimiento del Decimo séptimo de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, publicados en el Diario Oficial de la Federación del 30 de septiembre de 2005.

ENTREGA PERSONAL ADMINISTRATIVO INER, NOMBRE: _____.



RECIBE PACIENTE O FAMILIAR DEL PACIENTE, NOMBRE: _____.

FIRMA: _____ **FECHA:** ____ / ____ / ____.




ACEPTO
Publicación de datos personales

NO ACEPTO
Publicación de datos personales

INER-DI-01 (01-2013)

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	6. Procedimiento para realizar el reporte de información bioestadística y la elaboración del informe de productividad científica de la clínica		Hoja 166 de 172

6. PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR EL REPORTE DE INFORMACIÓN BIOESTADÍSTICA Y LA ELABORACIÓN DEL INFORME DE PRODUCTIVIDAD CIENTÍFICA DE LA CLÍNICA

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	6. Procedimiento para realizar el reporte de información bioestadística y la elaboración del informe de productividad científica de la clínica		Hoja 167 de 172

1.0 PROPÓSITO




- 1.1 Establecer los lineamientos para el reporte de la productividad científica a la Dirección de Investigación y Dirección Médica, para la medición de resultados a través de indicadores de acuerdo a los objetivos institucionales.

2.0 ALCANCE




- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a todo el personal multidisciplinario que interviene en el procedimiento.

3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 El Personal adscrito a la Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño es el responsable de cumplir este procedimiento y mantenerlo actualizado.
- 3.2 Todo el personal adscrito al área debe mantener una conducta ética y de trato profesional para con los pacientes y con todo el personal del Instituto en cumplimiento al Código de Ética Institucional.
- 3.3 Todo el personal deberá portar sin excusa, la credencial institucional para su fácil identificación dentro de las instalaciones del Instituto, asimismo el personal ambulatorio, rotante, de servicio social y/o que esté realizando prácticas profesionales deberá portar la identificación correspondiente en todo momento.
- 3.4 El personal de la Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño, está comprometido a actualizar sus conocimientos para desarrollar con calidad, eficacia y eficiencia sus funciones, conforme a sus habilidades, destrezas y experiencia,




 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	6. Procedimiento para realizar el reporte de información bioestadística y la elaboración del informe de productividad científica de la clínica		Hoja 168 de 172

- 3.5 Para llevar a cabo la elaboración del reporte de información bioestadística, el personal administrativo de la Clínica debe revisar y recabar de las libretas de registro de estudios, la información para la integración de la base de datos del reporte.
- 3.6 El personal administrativo de la Clínica es el responsable de elaborar y enviar de forma mensual vía electrónica y por escrito, el reporte de información bioestadística al Departamento de Bioestadística Admisión Hospitalaria y Registros Médicos.
- 3.7 El investigador responsable tiene la obligación de enviar de forma mensual y semestral la información de la productividad científica completa y debidamente requisitada en los formatos establecidos que establecen la Dirección de Investigación y la Dirección Médica, así como dar cumplimiento en tiempos definidos por dichas áreas.
- 3.8 El personal de la Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño, deberá participar de las actividades de enseñanza y entrenamiento del personal médico y técnico rotante por el servicio.

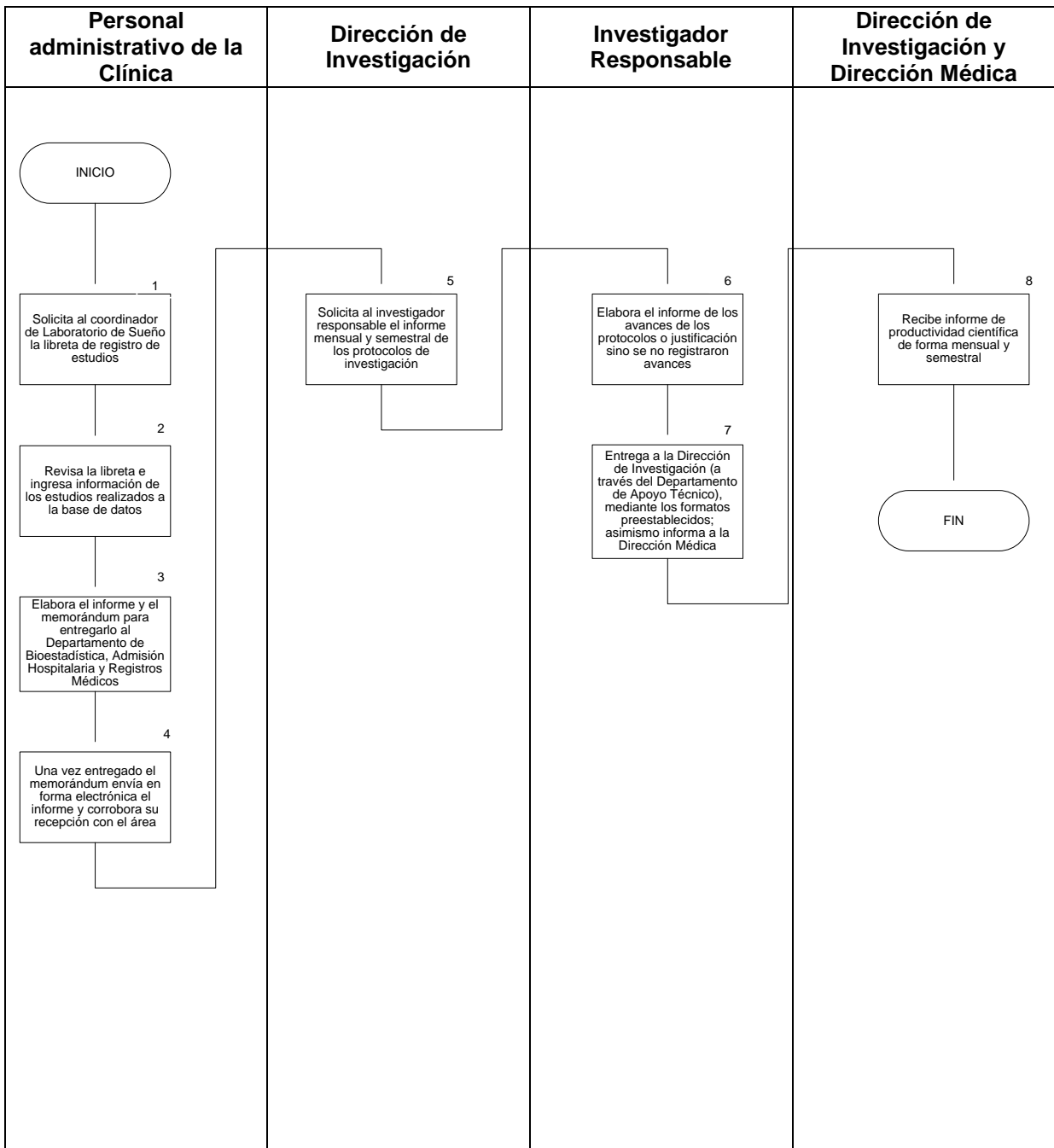
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	6. Procedimiento para realizar el reporte de información bioestadística y la elaboración del informe de productividad científica de la clínica		Hoja 169 de 172



4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Reporte de información bioestadística			
Personal administrativo de la Clínica	1	Solicita al coordinador de Laboratorio de Sueño la libreta de registro de estudios.	
	2	Revisa la libreta e ingresa información de los estudios realizados a la base de datos.	
	3	Elabora el informe y el memorándum para entregarlo al Departamento de Bioestadística, Admisión Hospitalaria y Registros Médicos.	
	4	Una vez entregado el memorándum envía en forma electrónica el informe y corrobora su recepción con el área.	
Informe de productividad científica			
Dirección de Investigación	5	Solicita al investigador responsable el informe mensual y semestral de los protocolos de investigación.	
Investigador Responsable	6	Elabora el informe de los avances de los protocolos o justificación sino se no registraron avances.	
	7	Entrega a la Dirección de Investigación (a través del Departamento de Apoyo Técnico), mediante los formatos preestablecidos; asimismo informa a la Dirección Médica.	
Dirección de Investigación y Dirección Médica	8	Recibe informe de productividad científica de forma mensual y semestral. Termina procedimiento	

 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	6. Procedimiento para realizar el reporte de información bioestadística y la elaboración del informe de productividad científica de la clínica		Hoja 170 de 172

5.0 DIAGRAMA DE FLUJO



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
	6. Procedimiento para realizar el reporte de información bioestadística y la elaboración del informe de productividad científica de la clínica		Hoja 171 de 172

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud.	No aplica

7.0 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
No aplica	No aplica	No aplica	No aplica

8.0 GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO




8.1 No aplica

9.0 CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
5	2016	Actualización de procedimiento

10.0 ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 No aplica

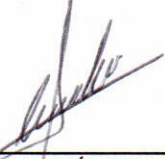
 	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 04
	CLÍNICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO		Código: NCDPR 030
			Hoja 172 de 172

IV APROBACIÓN DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

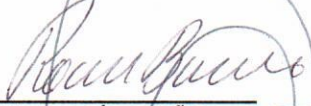
REALIZÓ


 DR. LUIS TORRE BOUSCOULET
 Encargado del Servicio de Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño


 DRA. MARTHA GUADALUPE TORRES FRAGA
 Adscrita al Servicio de Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño


 DR. JOSÉ LUIS CARRILLO ALDUENDA
 Adscrito al Servicio de Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño


 C. ERIKA LAURA VARELA RAMOS
 Adscrita al Servicio de Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño


 LIC. MARÍA DEL ROCÍO BAÑOS FLORES
 Adscrita al Servicio de Clínica de Trastornos Respiratorios del Sueño

REVISÓ



 LIC. ROSA MAYELA URIBE NAVARRETE
 Jefa del Departamento de Asuntos Jurídicos


 LIC. MAYRA SOFÍA HERNÁNDEZ LÓPEZ
 Departamento de Planeación

SANCIONÓ


 C.P. NAYELI ALFARO TEPOX
 Jefa del Departamento de Planeación

AUTORIZÓ


 DR. VÍCTOR GABRIEL HERNÁNDEZ MORALES
 Subdirector de Servicios Auxiliares De Diagnóstico Y Paramédicos


 DR. PATRICIO JAVIER SANTILLÁN DOHERTY
 Director Médico

FECHA DE APROBACIÓN:	DÍA	MES	AÑO
	07	12	2016