MANUAL DE LLENADO DE HOJA DE REGISTRO DE TRASLADO SECUNDARIO

Elaborador por:		**Firma:**
Dr. Sebastián Mayanz Salas	Jefe Técnico	
Revisado por:		**Firma:**
Dr. Leoncio Tay	Jefe Centro Regulador	
Aprobado por:		**Firma:**
Dr. Fernando Araos Dattoli	Director	

JEFE AREA REGULACION REGION METROPOLITANA

LEONCIO TAY

JEFE SALUD CENTRAL

DIRECCION

SAMU METROPOLITANO

Antes de usar, asegúrese que ésta es la versión más actualizada del documento. La resolución exenta que respalda este documento puede ser solicitada por los funcionarios en la Oficina de Partes del SAMU Metropolitano

OBJETIVO GENERAL

Estandarizar el llenado de la Hoja de Registro de Traslado Secundario, para evitar conflictos que puedan poner en riesgo la seguridad del paciente o retrasar la realización de traslados secundarios.

INFORMACIÓN RELEVANTES A REGISTRAR

Existe información que por motivos legales y administrativos debe ser correctamente registrada. La información relevante a registrar es la siguiente:

1. Fecha, QTC y hora de solicitud.
2. Nombre, edad, peso y sexo del paciente.
3. Identificación del médico regulador.
4. Diagnóstico del paciente.
5. Control de signos vitales iniciales.
6. Tipo de vía aérea, modalidad de apoyo ventilatorio y uso de drogas vasoactivas.
7. Eventos adversos durante el traslado.
8. *Checklist* y clasificación del traslado, al reverso de la hoja.

MODELO DE HOJA DE REGISTRO DE TRASLADOS SECUNDARIOS

HOJA REGISTRO TRASLADO SECUNDARIO SAMU METROPOLITANO

FECHA	QTC	BASE	MOVIL	SOLICITANTE	RECEPTOR
NOMBRE DEL PACIENTE				HORA DE SOLICITUD	
PESO APROXIMADO	EDAD	SEXO	RUT	RECIÉN NACIDO (< 1 MES) ☐ PREMATURO ☐ TÉRMINO	
SIGNOS VITALES	INICIAL	FINAL	MR	R	FONO SOLICITANTE / FONO RECEPTOR
F.C.			DIAGNÓSTICO		COMORBILIDAD
F.R			CUADRO CLÍNICO		
P.ART.					
PAM					
GCS / SAS					
SAT.O_2					
HGT					CONTACTO RADIAL
$ETCO_2$					SALIDA A QTH
VÍA AÉREA ☐ NATURAL ☐ TET ☐ OTRA_____					LLEGADA CENTRO ORIGEN
					SALIDA CENTRO ORIGEN
VENTILACIÓN ASISTIDA ☐ NO ☐ AMBU ☐ VMI ☐ VMNI					LLEGADA CENTRO DESTINO
					420
BOMBAS ☐ NO ☐ SI (NÚMERO __) ESPECIFIQUE EN "CUADRO CLÍNICO"			EVENTOS ADVERSOS ☐ NO ☐ SI (DESCRIBA)		

Antes de usar, asegúrese que ésta es la versión más actualizada del documento. La resolución exenta que respalda este documento puede ser solicitada por los funcionarios en la Oficina de Partes del SAMU Metropolitano

Marque el siguiente checklist (☑)

- ☐ Si está en ventilación mecánica: en sedación profunda (SAS 1-2) y sin esfuerzo ventilatorio.
- ☐ Medicamentos suficientes para la duración del traslado (sedo-analgesia y vasopresores).
- ☐ Documentación disponible (imágenes, interconsulta, exámenes, carta de resguardo, etc.).
- ☐ Comunicación directa con el receptor (confirmar cupo y actualizar estado del paciente).
- ☐ Personal de apoyo si es necesario (pediatra, ayuda para movilizar al paciente, etc.).
- ☐ Autorización para préstamo de equipos y coordinación de devolución si es necesario.

Marque el tipo de traslado (☑)

- ☐ **D-1 Riesgo vital inmediato. Emergencia tiempo-dependiente**
  → Traslado más rápido posible.
- ☐ **D-2 Riesgo vital mediato, pero puede esperar algunas horas.**
  → Necesita traslado para recibir cuidados necesarios.
  → Considere: móvil de otra área, móvil de traslado y/o médico especialista de llamado.
- ☐ **D-3 Sin riesgo vital inmediato, pero en centro médico incapaz de manejar deterioro.**
  → Puede esperar o realizarse por otros medios. Avisar precoz si hay deterioro.
- ☐ **D-4 Sin riesgo vital inmediato y en centro médico capaz de manejar deterioro.**
  → Puede esperar o realizarse por otros medios

Antes de usar, asegúrese que ésta es la versión más actualizada del documento. La resolución exenta que respalda este documento puede ser solicitada por los funcionarios en la Oficina de Partes del SAMU Metropolitano