

Acreditación ACSA

Ejercicio Práctico

Verificación de Implantación de un procedimiento

PAAF

Granada, 16-20 de enero de 2012

Alberto Roncero
Director de Calidad Vitro
alberto.roncero@vitroweb.com

Resolución Citación

DÍA DE CITA: 20/01/2012

Hora Cita	Nombre y apellidos	NUHSA	Información proporcionada	
			Preparación	Ubicación
8:00	Rafael Acción Correctiva	0530123461	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8:25	Gonzalo Cliente Satisfecho	0530457661	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8:50	Manuel Calidad Total	0530791861	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9:15	Ricardo Mejora Continua	0531126061	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9:40	Miguel Indicador Proceso	0531460261	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10:05	Juan Expectativas Cubiertas	0531794461	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10:30	María Seguimiento Proceso	0532128661	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10:55	Luisa Acción Preventiva	0532462861	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11:20	Adela Maneja SaciLab	0532797061	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11:45	Rocio Cumple Procedimientos	0533131261	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12:10	Adolfo Control de Calidad	0533465461	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12:35	Miguel Validación Informes	0533799661	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13:00	Aurora Quejas Reclamaciones	0534133861	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13:25	Lourdes Misión Valores	0534468061	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13:50	Ana Consentimiento Informado	0534802261	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14:15	M ^º José Snomed Codificado	0535136461	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Resolución

Repercusión

Punción Aspiración con Aguja Fina (PAAF)

Con el fin de conocer su percepción acerca de nuestros servicios y poder seguir mejorándolos, por favor marque con una X la valoración que más se ajuste a su percepción en cada una de las siguientes cuestiones relacionadas con la realización de su prueba de Punción Aspiración con Aguja Fina (PAAF):

CUESTIONES	Muy Deficiente	Deficiente	Buena	Excelente
Facilidad para solicitar la cita para la prueba, si ésta se solicitó directamente en el Servicio de Anatomía Patológica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Información recibida sobre la preparación necesaria para realizar prueba.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Información recibida para la firma del Consentimiento Informado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Información recibida sobre las posibles complicaciones derivadas de la prueba.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trato recibido por los profesionales del Servicio de Anatomía Patológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condiciones de Confort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiempos de espera	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garantía de Intimidad durante la espera y realización de la prueba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quejas/Sugerencias/Observaciones: Me han asignado una cita en el Servicio de Anatomía Patológica y cuando he llegado me han informado que la cita estaba asignada por error. Después de explicar mi problema **10** veces, el personal ha accedido a realizar la prueba.

Resolución

Información

DÍA DE CITA: 20/01/2012

Hora Cita	Nombre y apellidos	NUHSA	Información proporcionada	
			Preparación	Ubicación
8:00	Rafael Acción Correctiva	0530123461	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8:25	Gonzalo Cliente Satisfecho	0530457661	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8:50	Manuel Calidad Total	0530791861	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9:15	Ricardo Mejora Continua	0531126061	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9:40	Miguel Indicador Proceso	0531460261	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10:05	Juan Expectativas Cubiertas	0531794461	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10:30	María Seguimiento Proceso	0532128661	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10:55	Luisa Acción Preventiva	0532462861	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11:20	Adela Maneja SaciLab	0532797061	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11:45	Rocio Cumple Procedimientos	0533131261	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12:10	Adolfo Control de Calidad	0533465461	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12:35	Miguel Validación Informes	0533799661	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13:00	Aurora Quejas Reclamaciones	0534133861	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13:25	Lourdes Misión Valores	0534468061	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13:50	Ana Consentimiento Informado	0534802261	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14:15	Mª José Snomed Codificado	0535136461	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Resolución

Consentimiento Informado

AUTORIZACIÓN PARA PRÁCTICA

El procedimiento diagnóstico denominado PAAF (punción aspirado biopsia), consiste en la obtención de material diagnóstico, sean células o materiales divinos, mediante punción con aguja fina o con o sin ayuda de técnica de ultrasonido. El material obtenido se tiñe por diversos métodos de tinción y se estudia al microscopio y emitir un diagnóstico.

Se trata de una técnica con escasas complicaciones, pero en algunas ocasiones, como pueden ser las infecciones, puede ocasionar infección. No precisa anestesia por el paciente. Sin embargo en ciertas localizaciones, como los órganos internos, puede tener alguna complicación como caídas tensionales en punciones del cuello, inestable o elevadas, ronquera pasajera, hemo-

El/la paciente D/D^a Miguel Indicador Pr

Manifiesta que se ha enterado perfectamente de los posibles complicaciones y CON TOTAL LIBERTAD y CONCIENCIA Patología del Hospital a la realización de la misma, pudiendo derivarse de su ejecución. Además, con anticoagulantes, tipo Syntrom o semejante

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

- En el caso de **incapacidad del paciente** será necesario el consentimiento del representante legal.
- En el caso del **menor de edad**, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión.
- Si el paciente está **emancipado o tiene 16 años cumplidos**, será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, el representante legal también será informado y su opinión será tomada en cuenta para la decisión.

2.1. DATOS DEL PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL (SI ES NECESARIO)

APELLIDOS Y NOMBRE DEL PACIENTE	DNI/NIE
Rafael Acción Correctiva	0530123461
APELLIDOS Y NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	DNI/NIE

2.2. PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FRMA
FACULTATIVO ESPECIALISTA, MANUEL	20/01/2012	
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FRMA
APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FRMA

Resolución

Consentimiento Informado

2.3 | CONSENTIMIENTO

Yo, D/D^{ña} Ana Consentimiento Informado, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

X SI NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

X SI NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

X SI NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

SI X NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

NOTA: Márquese con una cruz.
En GRANADA a 19 de ENERO de 2012

EL/LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (sólo en caso de incapacidad del paciente)

Fdo.:

Fdo.:

Resolución Identificación muestra

Rafael Acción Correctiva



SOLICITUD DE ESTUDIOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Nº identificación interno de Anatomía Patológica
100001

ETIQUETA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE (*)
 Apellido 1º: **Acción** Dirección:
 Apellido 2º: **Correctiva** Localidad:
 Nombre: **Rafael** Provincia:
 DNI: **053012346** Cód. Postal:
 Nº Hª Clínica: **053012346** Teléfono:
 Nº T.A.S.S./S.S. NUHSA:
 Fecha nacimiento: Sexo:
 Nº episodio:

Gonzalo Cliente Satisfecho



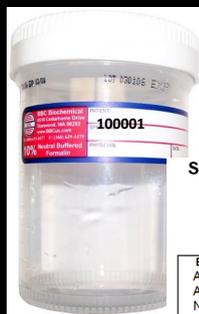
SOLICITUD DE ESTUDIOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Nº identificación interno de Anatomía Patológica
100001

ETIQUETA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE (*)
 Apellido 1º: **Cliente** Dirección:
 Apellido 2º: **Satisfecho** Localidad:
 Nombre: **Gonzalo** Provincia:
 DNI: **Gonzalo** Cód. Postal:
 Nº Hª Clínica: Teléfono:
 Nº T.A.S.S./S.S. NUHSA:
 Fecha nacimiento: Sexo:
 Nº episodio:

Resolución Datos Solicitud

Gonzalo Cliente Satisfecho



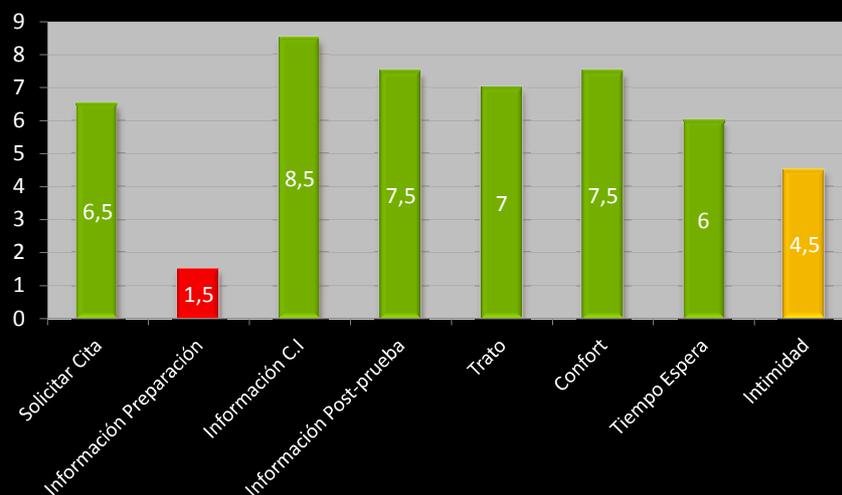
SOLICITUD DE ESTUDIOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Nº identificación interno de Anatomía Patológica
100001

ETIQUETA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE (*)
 Apellido 1º: **Cliente** Dirección:
 Apellido 2º: **Satisfecho** Localidad:
 Nombre: **Gonzalo** Provincia:
 DNI: **Gonzalo** Cód. Postal:
 Nº Hª Clínica: Teléfono:
 Nº T.A.S.S./S.S. NUHSA:
 Fecha nacimiento: Sexo:
 Nº episodio:

Satisfacción del Cliente

Nivel de Satisfacción PAAF



Problemas detectados

Nº Máximo Citas

Información Preparación Prueba

Modelo de Consentimiento Informado

Datos mínimos Petición

Intimidad

Acción Correctiva

Información Preparación Prueba

1. Analizar Culpables Causas

- A. ¿rotación de personal?**
- B. ¿formación?**
- C. ...**

2. Definir e implantar acciones para evitar repetición

- A. Formar**
- B. Reasignar**
- C. ...**

3. Seguimiento y evaluación eficacia

Acreditación ACSA

Práctica

**Elaboración y puesta en marcha de un
procedimiento**

PAAF

¡¡¡Gracias!!!

Alberto Roncero
Director de Calidad Vitro
alberto.roncero@vitroweb.com