

**PRESENTACIÓN ENVIO DE RECOMENDACIONES
AUTOMATICAS AL CASO 2 Y 5 CUANDO FINALIZA
LA ATENCIÓN POR SURA**

RECOMENDACIONES AUTOMATICAS CASO 2 Y 5

Objetivo: Divulgar el nuevo desarrollo en PHC / IPS@ que permite el envío de una comunicación automática con las recomendaciones de cuidado y reincorporación laboral para los pacientes caso 2 y 5 a los que se les finaliza el seguimiento del ciclo de atención por covid-19.

Alcance: El desarrollo y envío de la comunicación aplicará a pacientes afiliados a ARL, EPS y Póliza SURA, atendidos en PHC con diligenciamiento de formulario COVID, clasificado como caso 2 y 5, con indicación de finalización de seguimiento en IPS@.

Para tener en cuenta:

- El paciente debe ser atendido por el plan ARL, EPS o Póliza SURA.
- La clasificación previa a la atención debe haber sido Caso 2 o 5.
- El direccionamiento del formulario Covid en la atención previa debe ser Manejo en casa o Seguimiento Virtual.
- Los resultado de las pruebas que consulta PHC para el envío de la recomendación debe estar IPS@
- Si la Fecha calculada de reintegro es inferior a la fecha del alta, se dará por defecto el día siguiente para que el paciente se reintegre de acuerdo a la notificación
- Una vez se firma la atención donde se está marcando un direccionamiento de finalización de seguimiento al paciente se le enviara el correo con las recomendaciones a la cuenta registrada en la atención

RECOMENDACIONES AUTOMATICAS CASO 2 Y 5



La atención del paciente de ARL siempre se debe ingresar por el plan correspondiente

Inicio de Atención(No agendada)

Información Básica

Se atenderá el siguiente paciente

IPS: (9955) URGENCIAS IPS SURA LOS MOLINOS

Paciente: CC 1035427107 SANDY SIERRA MARIMON

Tipo de atención:* Consulta médico general ▼

Plan:*

▼
POS
PREPAGADA
PARTICULAR
POLIZA
ARL

Cancelar

Atender

RECOMENDACIONES AUTOMATICAS CASO 2 Y 5

Cuando se está realizando la atención en PHC se debe de tener en cuenta el siguiente campo de "Correo principal" no es un campo obligatorio, pero se debe de solicitar en caso de que no se precargue, validar que este bien o realizar su actualización para garantizar que el usuario reciba los correos que se le envíen de manera automática.

Paciente

Tipo de cita:

Consulta médico general

Contacto paciente

Teléfono

4589632

Extensión

Celular

3125987452

Correo principal

sierra@hotmail.com

¿Autoriza el envío de información por correo o celular?

RECOMENDACIONES AUTOMATICAS CASO 2 Y 5



Debemos aplicar siempre el cuestionario Covid para que se abra la encuesta de síntomas, y de acuerdo al caso ingresar la información ya sea sintomático o asintomático

¿Aplica cuestionario COVID-19? * Sí No

Contacto fallido ?

Síntomas

Fecha seguimiento * 02-09-2020 12 : 42

Asintomático *	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Fiebre > 38 *	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Tos *	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Dificultad respiratoria *	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Odinofagia *	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Fatiga/adinamia *	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Somnolencia o deterioro de la conciencia	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Vómito intratable y diarrea con deshidratación	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Expectoración o hemoptisis	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Alteración del sentido del gusto	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Alteración del sentido del olfato	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Hipotermia (mayor 60 Años)	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Anorexia (mayor 60 Años)	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Mialgias (mayor 60 Años)	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Cefalea (mayor 60 Años)	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Síntomas cardiovasculares (mayor 60 Años)	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No

¿Aplica cuestionario COVID-19? * Sí No

Contacto fallido ?

Síntomas

Fecha seguimiento * 15-08-2020 18 : 46

Asintomático *	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Fiebre > 38 *	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Tos *	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Dificultad respiratoria *	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Odinofagia *	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Fatiga/adinamia *	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Somnolencia o deterioro de la conciencia	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Vómito intratable y diarrea con deshidratación	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Expectoración o hemoptisis	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Alteración del sentido del gusto	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Alteración del sentido del olfato	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Hipotermia (mayor 60 Años)	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Anorexia (mayor 60 Años)	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Mialgias (mayor 60 Años)	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Cefalea (mayor 60 Años)	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Síntomas cardiovasculares (mayor 60 Años)	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No

RECOMENDACIONES AUTOMATICAS CASO 2 Y 5

Después de diligenciar debemos aplicar el botón de adicionar

Adicionar	Fecha seguimiento	Asintomático	Fiebre > 38	Tos	Dificultad respiratoria	Odinofagia	Fatiga/adinamia	Somnolencia o deterioro de la conciencia	Vómito intratable y diarrea con deshidratación	Expectoración o hemoptisis
	27-08-2020 08:06	Si	No	No	No	No	No	No	No	No

RECOMENDACIONES AUTOMATICAS CASO 2 Y 5



En el formulario de definición de clasificación COVID-19 se debe tener en cuenta los siguientes campos.

- Clasificación COVID :Previa a la atención donde le estoy marcando el direccionamiento para finalizar el seguimiento debe haber sido **manejo en casa o seguimiento virtual**
- Se debe continuar con el diligenciamiento de los datos que me pide el formulario

Fecha de nacimiento * 05-04-1992

¿La dirección actual es la misma dirección de residencia? * Sí No Dirección de ubicación actual * CL 46 A # 60 - 35

¿El viaje fue en el territorio nacional? * Sí No

¿El viaje fue internacional? * Sí No

¿El paciente es trabajador de institución de Salud? * Sí No ? Tipo de contacto * En el trabajo ▼

Clasificación COVID-19 inicial * COVID-19 - Caso 5 ▼ Clasificación COVID-19 actual * COVID-19 - Caso 5 ▼

Direccionamiento * Seguimiento virtual ▼

Fecha de nacimiento * 05-04-1992

¿La dirección actual es la misma dirección de residencia? * Sí No Dirección de ubicación actual * CL 46 A # 60 - 35

¿El viaje fue en el territorio nacional? * Sí No

¿El viaje fue internacional? * Sí No

¿El paciente es trabajador de institución de Salud? * Sí No ? Tipo de contacto * En el trabajo ▼

Clasificación COVID-19 inicial * COVID-19 - Caso 2 ▼ Clasificación COVID-19 actual * COVID-19 - Caso 2 ▼

Direccionamiento * Seguimiento virtual ▼

RECOMENDACIONES AUTOMATICAS CASO 2 Y 5



Precondiciones y combinaciones para el envío de finalización de seguimiento: Cabe resaltar que si la fecha calculada de reintegro es inferior a la fecha del alta, se dará por defecto el día siguiente para que el paciente se reintegre de acuerdo a la notificación

Clasificación del caso	Direccionamiento previo	Direccionamiento para finaliza la atención	Resultado Cargado en IPSA	Parametrización para definir fecha de reintegro a la vida diaria y laboral
CASO 2	Tener atención previa con direccionamiento Manejo en casa o Seguimiento virtual	RECUPERADO	POSITIVO	Fecha inicio síntomas + 10 días (contando el día de inicio de síntomas)
CASO 2	Tener atención previa con direccionamiento Manejo en casa o Seguimiento virtual	RECUPERADO	SIN_RESULTADO	Fecha inicio síntomas + 10 días (contando el día de inicio de síntomas)
CASO 2	Tener atención previa con direccionamiento Manejo en casa o Seguimiento virtual	DESCARTADO	NEGATIVO	Al día siguiente de la notificación. Aislamiento, fecha inicio síntomas hasta el día de finalización
CASO 2	Tener atención previa con direccionamiento Manejo en casa o Seguimiento virtual	DESCARTADO	SIN_RESULTADO	Fecha inicio síntomas + 10 días (contando el día de inicio de síntomas)
CASO 2	Tener atención previa con direccionamiento Manejo en casa o Seguimiento virtual	ALTA_VOLUNTARIA	POSITIVO	Fecha inicio síntomas + 10 días (contando el día de inicio de síntomas)
CASO 2	Tener atención previa con direccionamiento Manejo en casa o Seguimiento virtual	ALTA_VOLUNTARIA	NEGATIVO	Al día siguiente de la notificación. Aislamiento, fecha inicio síntomas hasta el día de finalización
CASO 2	Tener atención previa con direccionamiento Manejo en casa o Seguimiento virtual	ALTA_VOLUNTARIA	SIN_RESULTADO	Fecha inicio síntomas + 10 días (contando el día de inicio de síntomas)
CASO 2	Tener atención previa con direccionamiento Manejo en casa o Seguimiento virtual	ALTA_NO_CONTACTADO	POSITIVO	Fecha inicio síntomas + 10 días (contando el día de inicio de síntomas)
CASO 2	Tener atención previa con direccionamiento Manejo en casa o Seguimiento virtual	ALTA_NO_CONTACTADO	NEGATIVO	Al día siguiente de la notificación. Aislamiento, fecha inicio síntomas hasta el día de finalización
CASO 2	Tener atención previa con direccionamiento Manejo en casa o Seguimiento virtual	ALTA_NO_CONTACTADO	SIN_RESULTADO	Fecha inicio síntomas + 10 días (contando el día de inicio de síntomas)

RECOMENDACIONES AUTOMATICAS CASO 2 Y 5



Precondiciones y combinaciones para el envío de finalización de seguimiento: Cabe resaltar que si la fecha calculada de reintegro es inferior a la fecha del alta, se dará por defecto el día siguiente para que el paciente se reintegre de acuerdo a la notificación

Clasificación del caso	Direccionamiento previo	Direccionamiento para finaliza la atención	Resultado Cargado en IPSA	Parametrización para definir fecha de reintegro a la vida diaria y laboral
CASO 5	Tener atención previa con direccionamiento Manejo en casa o Seguimiento virtual	RECUPERADO	POSITIVO	Fecha toma de muestras (servicio) sino existe toma fecha de contacto estrecho + 10 días (contando el día de aydx)
CASO 5	Tener atención previa con direccionamiento Manejo en casa o Seguimiento virtual	RECUPERADO	SIN_RESULTADO	Fecha toma de muestras (servicio) sino existe toma fecha de contacto estrecho + 10 días (contando el día de aydx)
CASO 5	Tener atención previa con direccionamiento Manejo en casa o Seguimiento virtual	DESCARTADO	NEGATIVO	Fecha de contacto estrecho + 14 días (contando el día de contacto)
CASO 5	Tener atención previa con direccionamiento Manejo en casa o Seguimiento virtual	DESCARTADO	SIN_RESULTADO	Fecha toma de muestras (servicio) sino existe toma fecha de contacto estrecho + 10 días (contando el día de aydx)
CASO 5	Tener atención previa con direccionamiento Manejo en casa o Seguimiento virtual	ALTA_VOLUNTARIA	POSITIVO	Fecha toma de muestras (servicio) sino existe toma fecha de contacto estrecho + 10 días (contando el día de aydx)
CASO 5	Tener atención previa con direccionamiento Manejo en casa o Seguimiento virtual	ALTA_VOLUNTARIA	NEGATIVO	Fecha de contacto estrecho + 14 días (contando el día de contacto)
CASO 5	Tener atención previa con direccionamiento Manejo en casa o Seguimiento virtual	ALTA_VOLUNTARIA	SIN_RESULTADO	Fecha toma de muestras (servicio) sino existe toma fecha de contacto estrecho + 10 días (contando el día de aydx)
CASO 5	Tener atención previa con direccionamiento Manejo en casa o Seguimiento virtual	ALTA_NO_CONTACTADO	POSITIVO	Fecha toma de muestras (servicio) sino existe toma fecha de contacto estrecho + 10 días (contando el día de aydx)
CASO 5	Tener atención previa con direccionamiento Manejo en casa o Seguimiento virtual	ALTA_NO_CONTACTADO	NEGATIVO	Fecha de contacto estrecho + 14 días (contando el día de contacto)
CASO 5	Tener atención previa con direccionamiento Manejo en casa o Seguimiento virtual	ALTA_NO_CONTACTADO	SIN_RESULTADO	Fecha toma de muestras (servicio) sino existe toma fecha de contacto estrecho + 10 días (contando el día de aydx)

RECOMENDACIONES AUTOMATICAS CASO 2 Y 5

Se debe seleccionar el diagnostico para terminar el diligenciamiento de la historia:

Diagnóstico principal	Impresión diagnóstica	Confirmar nuevo	Confirmar repetido
uso emergente de u07.2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

También se puede realizar ingresando el diagnóstico U072 en el campo diagnóstico principal y seleccionándolo.

Diagnóstico principal

Diagnóstico principal *

u07


U071-uso emergente de u07.1

U072-uso emergente de u07.2



RECOMENDACIONES AUTOMATICAS CASO 2 Y 5

Cuando se llegue a la opción de causa externa va a este siempre **Enfermedad profesional**, aunque el medico ya no la debe escoger manualmente es importante que valide que este correctamente sino la debe corregir para garantizar que la atención me quede con al causa correspondiente

Finalmente se firma la historia para que la atención para que al paciente le llegue la recomendación de finalización de seguimiento de acuerdo al direccionamiento, resultado y caso correspondiente

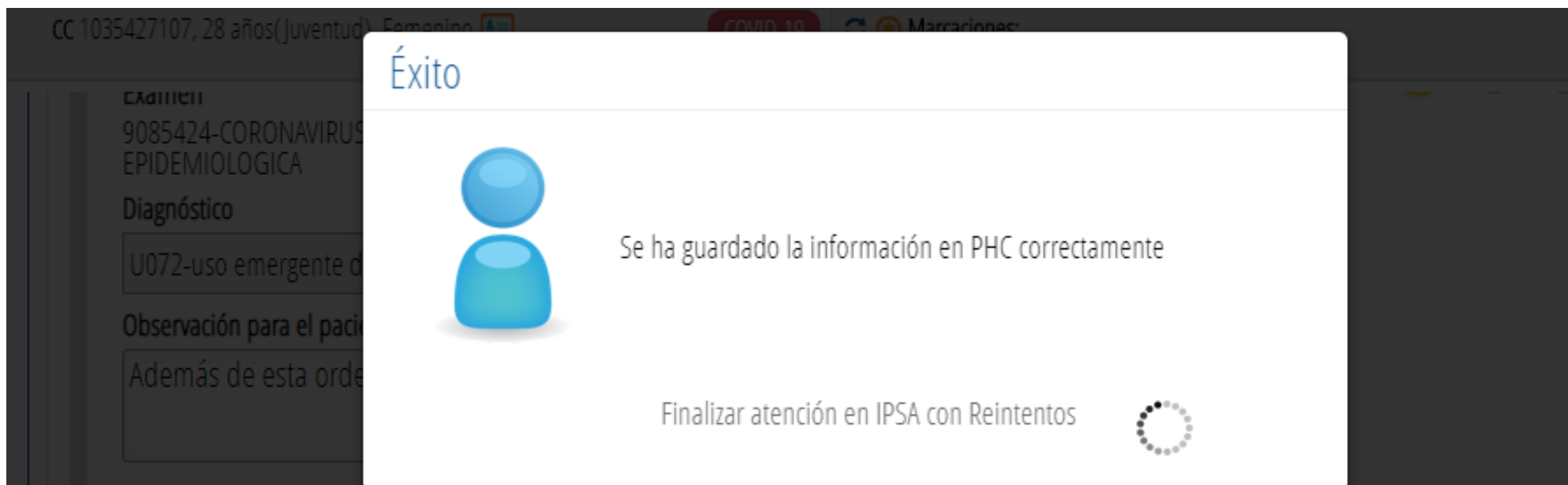
Causa externa y finalidad 

Causa externa *	Enfermedad profesional ▼
Finalidad de la consulta *	No aplica ▼

RECOMENDACIONES AUTOMATICAS CASO 2 Y 5

Tras ejecutarse se visualiza una modal de confirmación que el proceso se realizó bien.



RECOMENDACIONES AUTOMATICAS CASO 2 Y 5



Muestra de correos que llegan a los pacientes.

Caso 2:



ARL



Hola, **PABLO**

De acuerdo con el resultado positivo de tu examen COVID - 19, esperamos que durante estos 10 días de aislamiento reglamentario te hayas sentido mejor, y si no presentas cambios o novedades en tu estado de salud, a partir del 2020-09-07 puedes reincorporarte a tu vida diaria y actividad laboral.



ARL



Hola, **EVELYN**

De acuerdo con la consulta que realizaste por síntomas relacionados con COVID-19, esperamos que durante estos 10 días de aislamiento preventivo te hayas sentido mejor. Si no presentaste cambios o novedades en tu estado de salud, a partir del 2020-09-06 puedes reincorporarte a tu vida diaria y actividad laboral.

RECOMENDACIONES AUTOMATICAS CASO 2 Y 5



Muestra de correos que llegan a los pacientes.

Caso 5:



ARL



Hola, **DORIAN**

Te estuvimos llamando para saber cómo avanza tu estado de salud pero no fue posible comunicarnos contigo, comunícate con nosotros para acompañarte. Si cumplidos los 10 días de aislamiento reglamentario por COVID-19, no presentas cambios o novedades en tu estado de salud, a partir del 2020-09-29 puedes reincorporarte a tu vida diaria y actividad laboral.



ARL



Hola, **STEPHANIE**

De acuerdo con tu solicitud, no continuaremos el seguimiento de tu consulta por COVID-19, si durante los 15 días de aislamiento regulatorio no presentas cambios o novedades en tu estado de salud, a partir del 2020-09-28 puedes reincorporarte a tu vida diaria y actividad laboral.