‘

PROTOCOLO DE TRANSPORTE DE PACIENTES.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ELABORADO** | **REVISADO** | **APROBADO** |
| Mónica Robledo Soba  Enfermera coordinadora  CESFAM José Joaquín Aguirre  Ilustre Municipalidad de Calle Larga | Dina Guerra Campos  Encargada de Calidad  CESFAM José Joaquín Aguirre  Ilustre Municipalidad de Calle Larga | Natalia Rios Rojas  Directora  CESFAM José Joaquín Aguirre  Ilustre Municipalidad de Calle Larga |
| 03/01/2023 | 04/01/2023 | 05/01/2023 |

**1-. Objetivo**

Estandarizar los procedimientos de traslado de pacientes para otorgar una atención segura al usuario.

**2-. Alcance**

El presente protocolo debe ser conocido y aplicado por todo el personal involucrado en la derivación y traslado de pacientes en la ambulancia de CESFAM José Joaquín Aguirre.

**3-. Responsable de la ejecución:**

|  |  |
| --- | --- |
| Médico tratante | * De la indicación en caso de que atención exceda capacidad resolutiva de CESFAM y deba ser derivado a Unidad de emergencia hospitalaria. * De la coordinación con unidad de emergencia hospitalaria |
| Dirección y asistentes sociales. | * De la indicación en caso de que paciente solicite apoyo para traslado a dispositivo de salud por problemas de movilidad. |
| TENS y conductor | * Del traslado. |

**4-. Desarrollo**

**Tipos de traslados que se pueden realizar en ambulancia de CESFAM**

En CESFAM José Joaquín Aguirre se establecen 2 situaciones en las que se requiere traslado de pacientes por ambulancia, en este caso serían los siguientes:

*Pacientes con evaluación médica derivados a Unidad de Emergencia hospitalaria:*

Estos pacientes están estables y no presentan ningún riesgo de descompensación como por ejemplo, pacientes que requieran evaluación en nivel secundario pero que no cuentan con disponibilidad para trasladarse por sus propios medios (evaluación de esguinces, Observación de patologías de resorte quirúrgico como colelitiasis, toma de radiografías, etc).

*Pacientes que solicitan apoyo de traslado por problemas de movilidad.*

Estos pacientes presentan problemas de movilidad y no pueden trasladarse por sus propios medios a los distintos dispositivos de salud, como diálisis, teletón, CRI, CAE, etc. por lo que piden apoyo al establecimiento de salud.

Su solicitud debe ser evaluada previamente por asistentes sociales del establecimiento y aprobado por dirección, además deben cumplir con el requisito de estar estables y no presentar ningún riesgo de descompensación al momento de su traslado.

**Procedimientos relacionados con la fijación y disposición del paciente y acompañante en el móvil:**

*Paciente*:

• Se transportará en camilla acostado con barandas alzadas y cinturón de seguridad abrochado.

• Se puede utilizar material de inmovilización como férulas de extremidades, según lo amerite el caso.

*Acompañante:*

Se permitirá un acompañante en el caso de paciente pediátrico y adulto mayor.

Debe ubicarse en asiento lateral o en cabina de conductor con cinturón de seguridad.

**Procedimiento de entrega de pacientes al centro receptor:**

Al ingresar al centro de derivación del paciente:

TENS debe realizar el trámite administrativo de ingreso del usuario en el Servicio de Urgencia del centro receptor indicando con que profesional se hizo la coordinación.

Debe entregar la documentación clínica del usuario enviada desde el establecimiento. (Interconsulta, exámenes, etc.).

**Límites de responsabilidad establecidos:**

* Los funcionarios que realizan el traslado no pueden utilizar la ambulancia para realizar trámites o actividades particulares durante su trayecto.
* No está permitido cargar combustible cuando el paciente se encuentre en la ambulancia.
* No se encuentra permitido llevar en la cabina sanitaria a más de un acompañante del paciente.
* Es responsabilidad del funcionario encargado del traslado el cuidado y vigilancia constante del paciente, como del equipamiento utilizado.

**5-. Distribución:**

a. Dirección del establecimiento

b. Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente

c. Enfermera Coordinadora

d. Subdirector médico

**6.- Tabla de modificaciones**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Edición número** | **Motivo del cambio** | **Fecha de aprobación** |
| Primera | Elaboración de Documento | 03/01/2023 |
| Segunda |  | Día de mes de año |
| Tercera |  | Día de mes de año |