



COORDINACIÓN DE ANDROLOGÍA



INPerIER-DM-
SMR-CA-MP

Rev. 4

Hoja: 1 de 5

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA COORDINACIÓN DE ANDROLOGÍA


AGOSTO 2009

CONTROL DE EMISIÓN			
		Revisó	Aprobó
Nombre	Dra. Mima Guadalupe Escobar	Dr. Fernando Gaviño Gaviño	Dr. Rubén Tiapanco Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

ÍNDICE

	HOJA
INTRODUCCIÓN	3
I.- OBJETIVO DEL MANUAL	3
II.- MARCO JURÍDICO	4
III.- PROCEDIMIENTOS:	5

- 1.- PROCEDIMIENTO PARA LA CAPTACIÓN DEL PACIENTE.
- 2.- PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PRIMERA VEZ EN EL LABORATORIO DE ANDROLOGÍA.
- 3.- PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE DE PRIMERA VEZ EN CONSULTA EXTERNA.
- 4.- PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN SUBSECUENTE AL PACIENTE EN EL LABORATORIO DE ANDROLOGÍA.
- 5.- PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN SUBSECUENTE DEL PACIENTE EN CONSULTA EXTERNA.
- 6.- PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA DEL PACIENTE.
- 7.- PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON HIPOGONADISMO TARDÍO (P.A.D.A.M.).
- 8.- PROCEDIMIENTO PARA EL EGRESO DEL PACIENTE

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Dra. Mirna  Echavarría	Dr. Fernando Gaviño Gaviño	Dr. Rubén Tapanco Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

	COORDINACIÓN DE ANDROLOGÍA		INPerIER-DM- SMR-CA-MP Rev. 4 Hoja: 3 de 5
---	-----------------------------------	---	---

INTRODUCCIÓN

La Coordinación de Andrología se ubica dentro del organigrama Institucional en la Subdirección de Medicina Reproductiva, adscrita a la Dirección Médica.

Su creación obedece a la necesidad de contar con un servicio interconsultante, que auxilie a los servicios de Infertilidad, Reproducción Asistida, Ginecología y Obstetricia y Climaterio. Estos departamentos derivan a pacientes masculinos para su atención médica por problemas de infertilidad, disfunción sexual, hipogonadismo tardío o cualquier otro problema relacionado con la función sexual o reproductiva.

Actualmente la Coordinación, está integrada por: Un Andrólogo Clínico, un Urólogo, un Biólogo de la Reproducción Humana, dos Biólogas, una Química Farmacéutica Industrial, un Químico "C" y una secretaria.



El presente Manual de Procedimientos constituye un documento indispensable; su contenido presenta la información detallada, ordenada, sistemática e integral de todas las instrucciones, responsabilidades e información sobre políticas, sistemas y procedimientos de las distintas actividades que se realizan en la Coordinación de Andrología, así como la interacción que presenta la clínica, con las demás áreas del INPerIER. Así mismo describe los procedimientos asistenciales que la Coordinación de Andrología brinda a los pacientes del INPerIER. Este documento esta elaborado con base a la Estructura Orgánica autorizada, vigencia 2007.

Al ser este Manual de Procedimientos un soporte para cumplir con la Misión y Visión del INPerIER, queda como responsabilidad de la Coordinación de Andrología su resguardo, difusión, implantación y actualización.

I. - OBJETIVO DEL MANUAL

Dar a conocer de manera clara y precisa los procedimientos administrativos, asistenciales, de investigación y de docencia que presta la Coordinación de Andrología; con la intención de proporcionar atención de excelencia al paciente enviado a valoración, desde su ingreso hasta su egreso en la Clínica de Andrología, en el INPerIER.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Dr. M. A. C. Felipe Echavarría López	Dr. Fernando Gaviño Gaviño	Dr. Rubén Tizanco Barba
Cargo-puesto	Coordinador de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

	COORDINACIÓN DE ANDROLOGÍA		INPerIER-DM- SMR-CA-MP Rev. 4 Hoja: 4 de 5
---	-----------------------------------	---	---

II.- MARCO JURÍDICO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Ley de Planeación.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

Ley de los Institutos Nacionales de Salud.

Ley Federal de Derechos.

Ley General de Salud.

Ley de Salud para el Distrito Federal.

Ley General de Educación.

Ley General de Población.

Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y cadáveres de Seres Humanos.


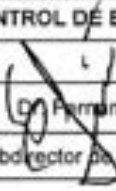

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.


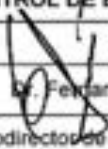

Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud.



Reglamento Interior de la Comisión Intersecretarial de la Industria Farmacéutica.

Nota: Para lo no previsto dentro de este marco jurídico, se observará lo establecido en el marco jurídico regulatorio del Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.


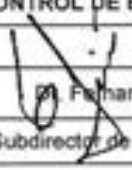

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Dra. Mónica Guadalupe Echavarría	Dr. Fernando Gaviño Gaviño	Dr. Rubén Teodoro Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09



III.- PROCEDIMIENTOS

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Dra. Nidia Elizabeth Echavarría	Dr. Fernando Gaviño Gaviño	Dr. Rubén Elbanco Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirectora de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM-SMR-CA-MP-01
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	1.- Procedimiento para la Captación del Paciente		Hoja: 1 de 9

1.- PROCEDIMIENTO PARA LA CAPTACIÓN DEL PACIENTE

CONTROL DE EMISIÓN			
		Revisó	Autorizó
Nombre	Dra. Miriam Patricia de Echavarría	Dr. Fernando Gavíño Gavíño	Dr. Rubén Tzucucó Barba
Cargo-puesto	Coordinación de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM- SMR-CA-MP-01
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	1.- Procedimiento para la Captación del Paciente		Hoja: 2 de 9

1.0 Propósito

1.1 Brindar atención médica, a la población masculina referida mediante interconsulta, a fin de realizarle evaluación clínica por problemas de salud reproductiva; provenientes de algunos de los departamentos o clínicas pertenecientes a la Subdirección de Medicina Reproductiva, de alguna otra Subdirección del INPerIER y/o referidos para su atención de otras Instituciones vía el Departamento de Consulta Externa, con la finalidad de obtener un diagnóstico y estrategia terapéutica necesaria para mejorar su calidad de vida dentro del marco de su problema de salud.


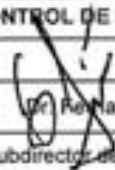
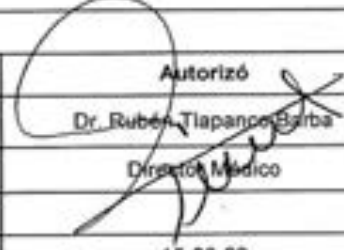
2.0 Alcance



- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica y a la Subdirección de Medicina Reproductiva (Coordinación de Andrología).
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a los usuarios que acuden para su atención al Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

3.1 Será responsabilidad de la Dirección Médica a través de la Subdirección de Medicina Reproductiva verificar que la Coordinación de Andrología cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Atender a los pacientes enviados mediante "Solicitud de Interconsulta" (F-2240-15), verificando que haya sido requisitada correctamente.
- Recibir y valorar a los pacientes referidos por el Departamento de Consulta Externa, enviados de otras Instituciones para su atención, a fin de determinar si cumplen con los criterios para ser atendidos en el INPerIER.
- Solicitar al paciente se realice los siguientes estudios de laboratorio, necesarios para su evaluación, misma que se realizará en la consulta de primera vez:
 - ❖ Solicitud de Estudios de Microbiología (F-2430-05),
 - ❖ Estudios Especiales de Andrología (F-2101-01),
 - ❖ Solicitud de Estudios Hematología (F-2430-14),
 - ❖ Solicitud de estudios de Bioquímica (F-2430-18),
 - ❖ Solicitud de estudios Líquidos Biológicos (F-2430-16),
 - ❖ Solicitud de estudios de Endocrinología (F-2130-01) y
 - ❖ Ultrasonido Adultos (F-2410-13).

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Dra. Miriam Estrella Echavarría	Dr. Fernando Gavilón Gavilón	Dr. Rubén Tiapancos Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM- SMR-CA-MP-01
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	1.- Procedimiento para la Captación del Paciente		Hoja: 3 de 9




- Programar al paciente cita para consulta de primera vez.
- Otorgar la atención adecuada, así como la valoración y consejería necesaria en el Área de Andrología a pacientes referidos por el Departamento de Consulta Externa, así como de otras Instituciones.



3.2 Será responsabilidad de la Dirección Médica a través de la Subdirección de Ginecología y Obstetricia verificar que el Departamento de Consulta Externa cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Detectar y canalizar a la Coordinación de Andrología a los pacientes que requieran valoración andrológica.
- Realizar apertura de Expediente, a petición de la Coordinación de Andrología, a pacientes que previa valoración, cumplan con los criterios para ser atendidos en el INPerIER.

3.3 Será responsabilidad de los usuarios de los servicios médicos de la Coordinación de Andrología, cumplir con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Realizar el pago correspondiente a los estudios y consultas.
- Acudir puntualmente a sus citas.
- Seguir las indicaciones médicas y cumplir con el tratamiento indicado por el personal de la Coordinación de Andrología.



CONTROL DE EMISIÓN			
			
Nombre	Dra. Miriam Guadalupe Echavarría	Dr. Fernando Gaviño Gaviño	Dr. Rubén Tizapaco Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM- SMR-CA-MP-01
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	1.- Procedimiento para la Captación del Paciente		Hoja: 4 de 9

4.0 Descripción del procedimiento



Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0 Emisión de instrucción	1.1 Instruye a la Subdirección de Medicina Reproductiva, lleve a cabo el procedimiento para la captación del paciente.	Dirección Médica
2.0 Solicitud de envío de pacientes	2.1 Recibe instrucción y solicita a sus Departamentos, envíen a los pacientes detectados con problemas en salud reproductiva mediante "Solicitud de Interconsulta" (F-2240-15), a la Coordinación de Andrología, para su atención. • F-2240-15	Subdirección de Medicina Reproductiva
3.0 Transmisión de instrucción	3.1 Solicita a la Coordinación de Andrología recibir a los pacientes referidos de la Coordinación de Infertilidad o del Departamento de Consulta Externa para valoración y en su caso atención en el servicio.	Subdirección de Medicina Reproductiva
4.0 Recepción de paciente	4.1 Recibe al paciente y verifica la "Solicitud de Interconsulta" (F-2240-15). ¿Procede? No: Indica el motivo por el cual no se le puede atender en la Coordinación de Andrología y sugiere otras Instituciones para su atención. TERMINA PROCEDIMIENTO Si: Realiza valoración a paciente. Continúa Procedimiento. • F-2240-15	Coordinación de Andrología

CONTROL DE EMISIÓN			
	Revisó	Autorizó	
Nombre	Dra. Miriam Guadalupe Echavarría Sánchez	Dr. Fernando Gaviño Gaviño	
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

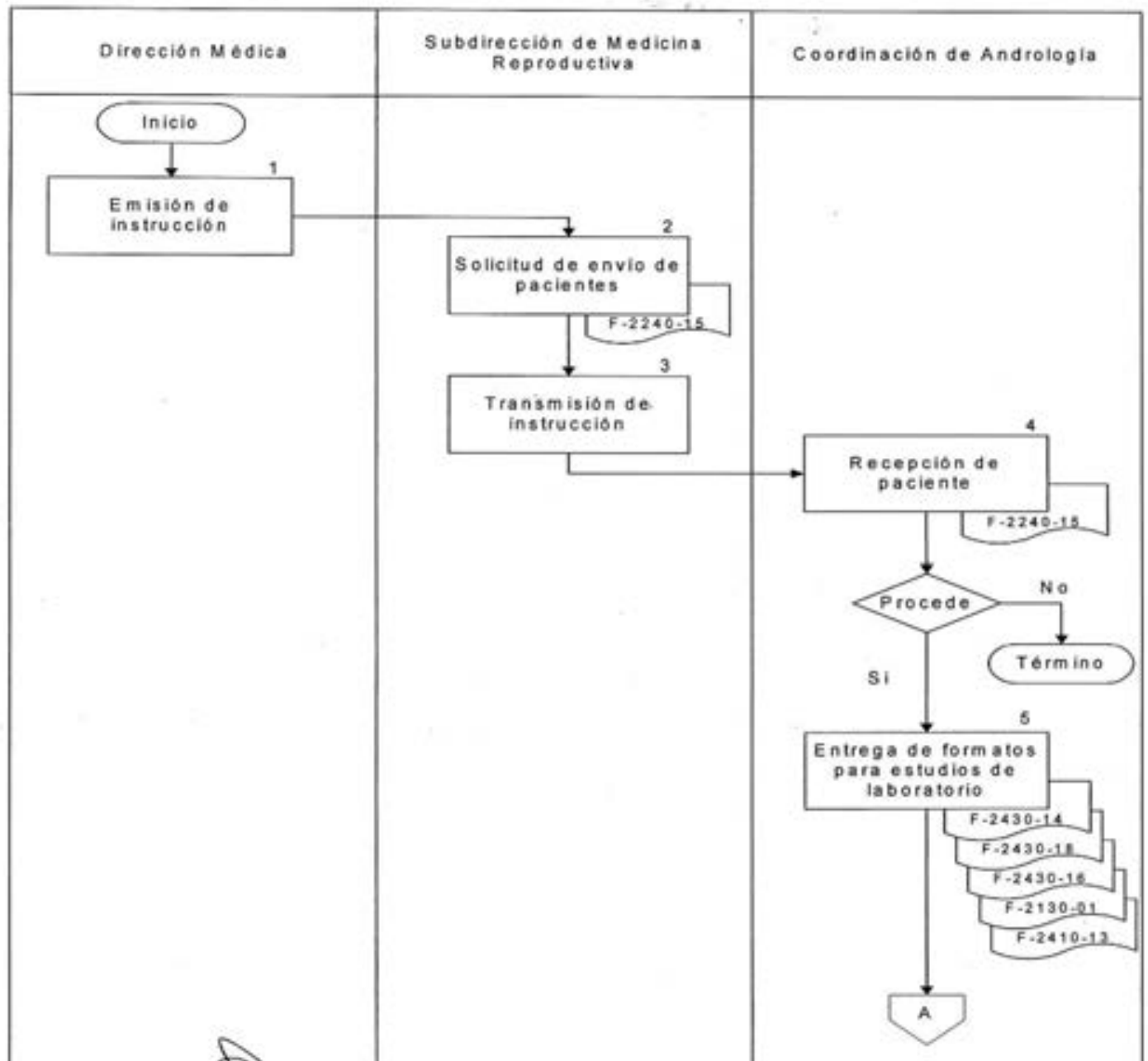
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM- SMR-CA-MP-01
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	1.- Procedimiento para la Captación del Paciente		Hoja: 5 de 9

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
5.0 Entrega de formatos para estudios de laboratorio	<p>5.1 Entrega al paciente solicitud y formatos: "Solicitud de Estudios Hematología" (F-2430-14), "Solicitud de Estudios de Bioquímica" (F-2430-18), "Solicitud de Estudios Líquidos Biológicos" (F-2430-16) y "Solicitud de Estudios de Endocrinología" (F-2130-01) para la realización de estudios de laboratorio, así como "Ultrasonido Adultos" (F-2410-13), para exámenes paraclínicos.</p> <p>5.2 Solicita al paciente, programe estudios en laboratorio y ultrasonido, respectivamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • F-2430-14 • F-2430-18 • F-2430-16 • F-2130-01 • F-2410-13 	Coordinación de Andrología
6.0 Programación de exámenes	<p>6.1 Programa cita al paciente en el Laboratorio de Andrología mediante formato "Estudios Especiales de Andrología" (F-2101-01) para la realización de exámenes.</p> <p>6.2 Solicita al paciente programe con ayuda del formato "Solicitud de Estudios de Microbiología" (F-2430-05), cita para estudios de laboratorio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • F-2101-01 • F-2430-05 	Coordinación de Andrología
7.0 Programación de Cita	<p>7.1 Programa y anota en "Carnet de Citas" (F-2240-18), consulta de primera vez en la Consulta Externa de Andrología, para atención.</p> <ul style="list-style-type: none"> • F-2240-18 <p style="text-align: center;">TERMINA PROCEDIMIENTO</p>	Coordinación de Andrología



CONTROL DE EMISIÓN		
Revisó	Autorizó	
Nombre	Dra. M. Teresa Echavarría	Dr. Fernando Gaviño Gaviño
Cargo-puesto	Coordinación de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva
Firma		Dr. Rubén Triguero Barba
Fecha	05-11-08	15-08-09


	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM- SMR-CA-MP-01
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	1.- Procedimiento para la Captación del Paciente		Hoja: 6 de 9


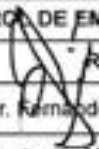
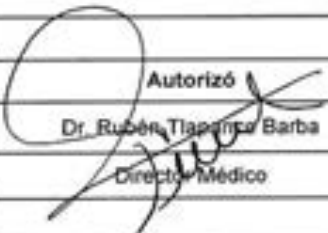
5.0 Diagrama de Flujo





CONTROL DE EMISIÓN			
	Revisó	Autorizó	
Nombre	Dra. Mirna  Echavarría	Dr. Fernando Gavino Gavino	Dr. Rubén Tilapance Buda
Cargo-puesto	Coordinación de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

SALUD  SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 INPerIER	INPerIER-DM-SMR-CA-MP-01
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	1.- Procedimiento para la Captación del Paciente		Hoja: 7 de 9

Dirección Médica	Subdirección de Medicina Reproductiva	Coordinación de Andrología
		

CONTROL DE EMISIÓN			
			
	Aprobó	Revisó	Autorizó
Nombre	Dra. Mirella Lidaluge Echavarría Sánchez	Dr. Fernando Gaviño Gaviño	Dr. Rubén Tierno Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09


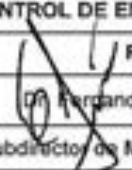
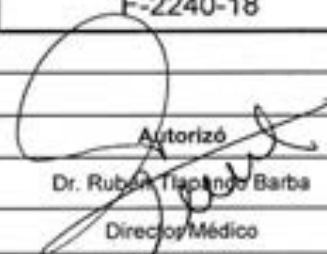
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM-SMR-CA-MP-01
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	1.- Procedimiento para la Captación del Paciente		Hoja: 8 de 9

6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
Ley de los Institutos Nacionales de Salud	No Aplica
Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	No Aplica
Guía Técnica para la Elaboración de Manual de Procedimientos de la Secretaría de Salud	REV. 5 02/08 02-08
Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes	No Aplica
Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes	No Aplica

7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
"Solicitud de Interconsulta"	5 Años	Servicio de Archivo Clínico	F-2240-15
"Solicitud de Estudios de Hematología"	5 Años	Servicio de Archivo Clínico	F-2430-14
"Solicitud de Estudios de Bioquímica"	5 Años	Servicio de Archivo Clínico	F-2430-18
"Líquidos Biológicos"	5 Años	Servicio de Archivo Clínico	F-2430-16
"Solicitud de Estudios de Endocrinología"	5 Años	Servicio de Archivo Clínico	F-2130-01
"Ultra Sonido Adultos"	5 Años	Servicio de Archivo Clínico	F-2410-13
"Estudios Especiales de Andrología"	5 Años	Servicio de Archivo Clínico	F-2101-01
"Solicitud de Estudios de Microbiología"	5 Años	Servicio de Archivo Clínico	F-2430-05
"Carnet de Cifas"	No Aplica	Paciente	F-2240-18

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Dr. M. Guadalupe Echavarría Pachez	Dr. Fernando Gaviño Gaviño	Dr. Rubén Flaco Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM-SMR-CA-MP-01
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	1.- Procedimiento para la Captación del Paciente		Hoja: 9 de 9

8.0 Glosario

- 8.1 **Andrología:** Rama de la Medicina que estudia la función reproductiva masculina.
- 8.2 **Estudio Paraclínico:** Todo examen de laboratorio o gabinete que ayuda a integrar el diagnóstico del paciente.

9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
4	15-08-09	Actualización

10.0 Anexos

- | | |
|--|-------------|
| 10.1 Solicitud de Interconsulta | (F-2240-15) |
| 10.2 Solicitud de Estudios de Hematología | (F-2430-14) |
| 10.3 Solicitud de Estudios de Bioquímica | (F-2430-18) |
| 10.4 Líquidos Biológicos | (F-2430-16) |
| 10.5 Solicitud de Estudios de Endocrinología | (F-2130-01) |
| 10.6 Ultra Sonido Adultos | (F-2410-13) |
| 10.7 Estudios Especiales de Andrología | (F-2101-01) |
| 10.8 Solicitud de Estudios de Microbiología | (F-2430-05) |
| 10.9 Carnet de Citas | (F-2240-18) |

CONTROL DE EMISIÓN			
	Revisó	Autorizó	
Nombre	Dra. Mirna Echavarría	Dr. Fernando Gavifo Gavifo	Dr. Roberto Naranco Barba
Cargo-puesto	Coordinación de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09



**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES**

SOLICITUD DE INTERCONSULTAS

(1)

DEPENDENCIA (2) _____

SERVICIO (3) _____ FECHA (4) _____

SERVICIO QUE SOLICITA LA INTERCONSULTA (5)			(6)	SI NO
MÉDICO SOLICITANTE (7) NOMBRE: CLAVE Y FIRMA	FECHA Y HORA DE LA SOLICITUD (8)	MÉDICO QUE RECIBIO LA SOLICITUD (9) NOMBRE: CLAVE Y FIRMA	FECHA Y HORA DE RECIBIDA (10)	

Nota: El médico interconsultante deberá anotar su opinión e indicaciones en la hoja de: NOTAS, EVOLUCIÓN Y ORDENES MÉDICAS

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"SOLICITUD DE INTERCONSULTA"(F-2240-15)

NO.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	RECUADRO	El nombre completo y número de registro de la paciente
2	DEPENDENCIA	El nombre la Institución que canaliza a la paciente
3	SERVICIO	Área en que se atenderá a la paciente
4	FECHA	Fecha en que se requisita el formato
5	SERVICIO SOLICITA	QUE El nombre del área que solicita la atención de la paciente
6	URGENTE	Si la atención es con carácter de urgente
7	MÉDICO SOLICITANTE	Nombre completo del médico que solicita la atención
8	FECHA Y HORA	El día, mes, año y hora en que se elabora la solicitud de interconsulta
9	MÉDICO RECIBIÓ	QUE El nombre completo, clave y firma del médico que recibe la solicitud.
10	FECHA Y HORA	Día, mes año y la hora en que fue recibida la solicitud

**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES**

DIRECCIÓN MÉDICA
SUBD. DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO
DEPTO. DE LABORATORIO CENTRAL

HEMATOLOGÍA

Nombre:

(1)

Registro:

- | | | |
|---|--|---|
| 2601 <input type="checkbox"/> Biometría Hemática Completa | 2621 <input type="checkbox"/> Tiempo de Trombina | 2638 <input type="checkbox"/> Dilución con Salina |
| 2608 <input type="checkbox"/> Reticulocitos | 2624 <input type="checkbox"/> Corrección con plasma | 2639 <input type="checkbox"/> Gota Gruesa |
| 2610 <input type="checkbox"/> Células LE | 2625 <input type="checkbox"/> Antitrombina III | 2640 <input type="checkbox"/> Dímeros D |
| 2611 <input type="checkbox"/> Eosinófilos en Moco Nasal (2) | 2628 <input type="checkbox"/> Hemog. Fetal APT (Cualitativa) | 2645 <input type="checkbox"/> Proteína C |
| 2612 <input type="checkbox"/> Leucocitos en Moco Fecal | 2629 <input type="checkbox"/> Fact. de Coag. V | 2646 <input type="checkbox"/> Proteína S |
| 2613 <input type="checkbox"/> Médula Ósea | 2630 <input type="checkbox"/> Fact. de Coag. VII | |
| 2614 <input type="checkbox"/> Vel Sedimentación Globular | 2631 <input type="checkbox"/> Fact. de Coag. X | |
| 2615 <input type="checkbox"/> P. Tendencia Hemorrágica | 2632 <input type="checkbox"/> Fact. de Coag. VIII | |
| 2618 <input type="checkbox"/> Prueba de Coagulación | 2633 <input type="checkbox"/> Fact. de Coag. IX | |
| 2619 <input type="checkbox"/> Fibrinógeno | 2634 <input type="checkbox"/> Fact. de Coag. XI | |
| 2620 <input type="checkbox"/> Anticoagulante Lúpico | 2636 <input type="checkbox"/> Fragilidad Osmótica | |

Fecha: _____ (3) Edad: _____ (4) Edad Gestacional: _____ (5) semanas.

Diagnóstico: _____ (6)

Núm. de protocolo: _____ (7) Nombre de protocolo: _____

Médico solicitante: _____ (8) Clave: _____ Firma: _____

Servicio solicitante: _____ (9) Cama: _____ (10)

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
SOLICITUD DE ESTUDIOS HEMATOLOGÍA (2430-14)**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
1	NOMBRE Y REGISTRO	El nombre completo y el número de expediente que asigna el Instituto a la paciente.
2	HEMATOLOGÍA	El examen (es) requerido (os) por el médico.
3	FECHA	La fecha del examen (es) requerido (os).
4	EDAD	La edad de la paciente.
5	EDAD GESTACIONAL	El número de semanas de gestación.
6	DIAGNÓSTICO	El diagnóstico según resultados del estudio (os) correspondiente.
7	NOMBRE Y NO. DE PROTOCOLO	El nombre y número de protocolo correspondiente.
8	MÉDICO, CLAVE Y FIRMA.	El nombre, clave y firma del médico solicitante.
9	SERVICIO SOLICITANTE	El nombre del servicio solicitado.
10	CAMA	El número de cama que se le asigne a la paciente.

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
 DIRECCIÓN MÉDICA
 SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO
 DEPARTAMENTO DE LABORATORIO CENTRAL
BIOQUÍMICA

Nombre: **(1)** _____
 Registro: **(2)** _____

2401 <input type="checkbox"/> Glucosa	2417 <input type="checkbox"/> Fosfatasa Alcalina (4)	2432 <input type="checkbox"/> Calcio Iónico
2402 <input type="checkbox"/> Urea (3)	2419 <input type="checkbox"/> Bilirrubinas	2433 <input type="checkbox"/> Lipoproteínas de Alta Dens.
2403 <input type="checkbox"/> Creatinina	2420 <input type="checkbox"/> Glucosa Postprandial 60 min.	2434 <input type="checkbox"/> Lipoproteínas de Baja Dens.
2404 <input type="checkbox"/> Acido Úrico	2421 <input type="checkbox"/> Glicemia 60 c/50 grs. Glucosa	2436 <input type="checkbox"/> Calcio Urinario
2405 <input type="checkbox"/> Colesterol	2422 <input type="checkbox"/> Glucosa Postprandial 120 min.	2437 <input type="checkbox"/> Proteínas Urinarias
2406 <input type="checkbox"/> Proteínas	2423 <input type="checkbox"/> C.T. a la Glucosa 120 min.	2438 <input type="checkbox"/> Fosfatasa Alcalina Osea
2407 <input type="checkbox"/> Albúmina	2425 <input type="checkbox"/> C.T. a la Glucosa 300 min.	2441 <input type="checkbox"/> Gamma Glutamil transferasa (GGT)
08 <input type="checkbox"/> Electrolitos (Na, K, Cl)	2426 <input type="checkbox"/> Urea Urinaria	2444 <input type="checkbox"/> Parathormona
2412 <input type="checkbox"/> Calcio	2427 <input type="checkbox"/> Creatinina Urinaria	2448 <input type="checkbox"/> C.T. a la Glucosa 120 min. c/100grs
2413 <input type="checkbox"/> Magnesio	2428 <input type="checkbox"/> Triglicéridos	
2414 <input type="checkbox"/> Transaminasa Glut. Oxalacética	2429 <input type="checkbox"/> Depuración de Creatinina	
2415 <input type="checkbox"/> Transaminasa Glut. Pirúvica	2430 <input type="checkbox"/> Electrol. Urinarios (Na, K)	
2416 <input type="checkbox"/> Lactato Deshidrogenasa	2431 <input type="checkbox"/> Fósforo	

Fecha: **(5)** _____ Edad: **(6)** _____ Edad Gestacional: **(7)** _____ semanas.
 Diagnóstico: **(8)** _____
 Núm. de protocolo: **(9)** _____ Nombre de protocolo: **(10)** _____
 Médico solicitante: **(11)** _____ Clave: **(12)** _____ Firma: **(13)** _____
 Servicio solicitante: **(14)** _____ Cama: **(15)** _____

2430-18

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
"BIOQUÍMICA" (2430-18)

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE	El nombre de la paciente.
2	REGISTRO	El número de registro de la paciente.
3	GLUCOSA CREATININA ÁCIDO ÚRICO COLESTEROL TRIGLICÉRIDOS LIPOPROTEÍNAS DE ALTA Y BAJA DENSIDAD	Perfil bioquímico y de lípidos.
4	FOSFATA ALCALINA OSTEOCALCINA F.N. PARATHORMONA COLÁGENO TIPO I	Perfil Óseo.
5	FECHA	La fecha en que se elabora la solicitud.
6	EDAD	La edad de la paciente.
7	EDAD GESTACIONAL	No aplica en Climaterio.
8	DIAGNÓSTICO	El nombre del padecimiento o problema que se detecta en la paciente.
9	NUM. DE PROTOCOLO	En su caso, el número de protocolo de investigación.
10	NOMBRE	En su caso, el nombre del protocolo.
11	MÉDICO SOLICITANTE	El nombre completo del médico que solicita los estudios.
12	CLAVE	La clave del médico solicitante.
13	FIRMA	La firma del médico solicitante.
14	SERVICIO SOLICITANTE	El nombre del servicio en el que se encuentra el médico solicitante.
15	CAMA	El número de cama asignado a la paciente.

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
SUBD. DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO
DEPTO. DE LABORATORIO CENTRAL

LIQUIDOS BIOLÓGICOS

Nombre:

Registro:

(1)

- | | | |
|---|--|---|
| 2501 <input type="checkbox"/> Examen General de Orina | 2514 <input type="checkbox"/> Madurez Pulmonar en Pool Vaginal | 2512 <input type="checkbox"/> Citoq. de Líq. de Ascitis |
| 2505 <input type="checkbox"/> Cristalografía (2) | 2507 <input type="checkbox"/> Espermatobioscopia Directa | 2513 <input type="checkbox"/> Citoq. de Líq. Peritoneal |
| 2506 <input type="checkbox"/> Espectrofot. líq. Amniótico | 2508 <input type="checkbox"/> Espermatobioscopia Funcional | 2502 <input type="checkbox"/> Citoq. de Líq. Cefalorraq |
| 2503 <input type="checkbox"/> Madurez Pulmonar Fetal | 2504 <input type="checkbox"/> Citoq. de Líq. Pericárdico | |
| 2511 <input type="checkbox"/> Madurez Pulmonar en Asp. Bronq. | 2510 <input type="checkbox"/> Citoq. de Líq. Pleural | |

Fecha: (3) Edad: (4) FUM: (5) Edad Gestacional: (6) semanas.

Diagnóstico: (7) Fecha de estudio anterior: (8)

Núm. de protocolo: (9) Nombre del protocolo: _____

Médico solicitante: (10) Clave: _____ Firma: _____

Servicio solicitante: (11) Cama: (12)

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"LÍQUIDOS BIOLÓGICOS "(F-2430-16)

NO.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE REGISTRO	Y Nombre del paciente empezando por apellido paterno
2	SOLICITUD ESTUDIOS	DE Marcar con una x los estudios requeridos
3	FECHA	La fecha en que solicita el estudio
4	EDAD	Años cumplidos de la paciente
5	FUM	Fecha de la última menstruación de la paciente
6	EDAD GESTACIONAL	Edad del embarazo de la paciente en semanas, con base a la fecha de su última menstruación
7	DIAGNÓSTICO	El diagnóstico o padecimiento actual de la paciente
8	FECHA DE ESTUDIO ANTERIOR	La fecha del último estudio de la paciente
9	NUM. Y NOMBRE DE PROTOCOLO	Número interno de identificación del protocolo de investigación y nombre en el que está incluida la paciente
10	MÉDICO SOLICITANTE	Nombre del médico que solicita el estudio
11	SERVICIO SOLICITANTE	Nombre específico del servicio que solicita el estudio
16	CAMA	El número de cama que ocupa la paciente



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA REPRODUCTIVA
ENDOCRINOLOGÍA

(1)

(2)

- | | | |
|--|--|---|
| 2001 <input type="checkbox"/> HORMONA LUTEINIZANTE | 2009 <input type="checkbox"/> TIROTROPINA | 2018 <input type="checkbox"/> ANTICUERPOS ANTITIROGLOBULINA |
| 2002 <input type="checkbox"/> HORMONA FOLICULOESTIMULANTE(4) | 2010 <input type="checkbox"/> TESTOSTERONA LIBRE | 2019 <input type="checkbox"/> ANTICUERPOS ANTIMICROSOMALES |
| 2003 <input type="checkbox"/> ESTRADIOL | 2011 <input type="checkbox"/> INSULINA | 2020 <input type="checkbox"/> HEMOGLOBINA GLICOSILADA |
| 2004 <input type="checkbox"/> PROGESTERONA | 2012 <input type="checkbox"/> DHEA - S | |
| 2005 <input type="checkbox"/> PROLACTINA | 2013 <input type="checkbox"/> ANDROSTENDIONA | |
| 2006 <input type="checkbox"/> SUB. U. BETA DE GONAD. CORIÓNICA | 2015 <input type="checkbox"/> TIROXINA LIBRE | |
| 2007 <input type="checkbox"/> 17 ALFA HIDROXIPROGESTERONA | 2016 <input type="checkbox"/> CORTISOL | |
| 2008 <input type="checkbox"/> TRIYODOTIRONINA TOTAL | 2017 <input type="checkbox"/> ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINA | |

FECHA (3) EDAD (4) EDAD GEST. (5) SEMANAS

DIAGNÓSTICO (6)

NUM. DE PROTOCOLO (7) NOMBRE (8)

MÉDICO SOLICITANTE (9) CLAVE (10)

SERVICIO SOLICITANTE (11) CAMA (12)

2130-01

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"ENDOCRINOLOGÍA "(F-2130-01)

NO.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	RECUADRO SUP. DERECHO	Nombre del paciente empezando por apellido paterno y número de expediente hospitalario
2	CUADRO CENTRAL	Tipo de estudio solicitado
3	FECHA	La fecha en que solicita el estudio
4	EDAD	Años cumplidos de la paciente
5	EDAD GEST/SEMANAS	Edad del embarazo de la paciente en semanas, con base a la fecha de su última menstruación
6	DIAGNÓSTICO	El diagnóstico o padecimiento actual de la paciente
7	NÚM. PROTOCOLO	Número interno de identificación del protocolo de investigación en el que está incluida la paciente
8	NOMBRE PROTOCOLO DEL	Nombre específico del protocolo de investigación en el que está incluida la paciente
9	MÉDICO SOLICITANTE	Nombre del médico que solicita el estudio
10	CLAVE	La clave médica de empleado del médico solicitante
11	SERVICIO SOLICITANTE	Área o Servicio que solicita el estudio
12	CAMA	Número de cama que ocupa la paciente, si estuviera hospitalizada



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
 DIRECCIÓN MÉDICA
 SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO
ULTRASONIDO ADULTOS

5001 <input type="checkbox"/> U. S. OBSTETRICO	5016 <input type="checkbox"/> U. S. UNA REGIÓN	5020 <input type="checkbox"/> U. S. ESFÍNTER ANAL
5002 <input type="checkbox"/> U. S. GINECOLOGICO	5006 <input type="checkbox"/> U. S. SEGUIMIENTO FOLICULAR	5021 <input type="checkbox"/> U. S. DOPPLER
5007 <input type="checkbox"/> U. S. MAMA	5009 <input type="checkbox"/> BIOPSIA DIRIGIDA POR U. S.	5022 <input type="checkbox"/> U. S. DOPPLER EXTREMIDADES INFERIORES
5008 <input type="checkbox"/> U. S. ABDOMEN	5010 <input type="checkbox"/> DRENAJE PERCUTANEO POR U. S.	
5012 <input type="checkbox"/> U. S. VASCULAR	5011 <input type="checkbox"/> SONOHISTEROGRAFIA	
5013 <input type="checkbox"/> U. S. TESTICULAR	5017 <input type="checkbox"/> U. S. RENAL	
5014 <input type="checkbox"/> U. S. PRÓSTATA T. R.	5018 <input type="checkbox"/> U. S. HIGADO Y VESÍCULA BILIAR	
5015 <input type="checkbox"/> U. S. TIROIDES	5019 <input type="checkbox"/> U. S. PISO PELVICO	

FECHA ____ / **(2)** / ____ / No. DE PROTOCOLO **(3)** _____

PRÓXIMA CITA A C E ____ / **(4)** / ____

SERVICIO **(5)** _____ CAMA **(6)** _____

FIRMA **(7)** _____ CLAVE **(8)** _____

FECHA PROG. ____ / **(9)** / ____

CÓDIGO	FECHA	

FAVOR DE ANOTAR AL REVERSO, LOS DATOS CLÍNICOS

EDAD (10) FUM _____ (11)

EDAD GEST. (12) SEMANAS

GESTAS (13) PARAS (14)

CESÁREAS (15) ABORTOS (16)

DIAGNÓSTICO _____ (17)

DATOS CLÍNICOS IMPORTANTES _____ (18)

COMPLICACIONES ASOCIADAS _____ (19)

OBSERVACIONES PERTINENTES _____ (20)

No. DE PROTOCOLO _____ (21)

NOMBRE _____

TIPO DE ESTUDIO: URGENTE (22)

1ª VEZ

SUBSEC.

FECHA DE ESTUDIO ANTERIOR ____ / (23) / ____ RESULTADO _____

NOMBRE DEL MÉDICO QUE SOLICITA _____ (24)

SI EL PACIENTE TIENE ESTUDIOS PREVIOS, IGUALES A LOS SOLICITADOS, FAVOR DE PRESENTARLOS PARA SU COMPARACIÓN

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
SOLICITUD DE ESTUDIOS DE ULTRASONIDO ADULTOS (2410-13)**

No. CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
1 ULTRASONIDO ADULTOS	El examen (es) requerido (os) por el médico.
2 FECHA	La fecha del examen (es) requerido (os) por el médico.
3 NÚM. DE PROTOCOLO	El número de protocolo correspondiente.
4 PROXIMA CITA A C E	La fecha de la próxima cita a Consulta Externa.
5 SERVICIO	El nombre del servicio solicitante.
6 CAMA	El número de la cama que se le asigne a la paciente.
7 FIRMA	La firma del médico solicitando el estudio (os).
8 CLAVE	La clave del médico solicitante.
9 FECHA PROGRAMADA	La fecha para programar el estudio.
10 EDAD	La edad de la paciente.
11 FUM	La fecha de la última menstruación.
12 EDAD GESTACIONAL	El número de semanas de gestación.
13 GESTAS	Las veces que se ha embarazado la paciente.
14 PARAS	Las veces que se ha embarazado y ha nacido el producto.
15 CESÁREAS	El número de cesáreas practicadas a la paciente.
16 ABORTO	El número de abortos practicados a la paciente.
17 DIAGNÓSTICO	El diagnóstico según resultados del estudio (os) correspondiente.
18 DATOS CLÍNICOS IMPORTANTES	Los datos clínicos importantes de la paciente.
19 PADECIMIENTOS ASOCIADOS	Los padecimientos asociados de la paciente

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
SOLICITUD DE ESTUDIOS DE ULTRASONIDO ADULTOS (2410-13)**

No. CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
20 OBSERVACIONES PERTINENTES	Las observaciones pertinentes por el médico.
21 NOMBRE Y NÚMERO DE PROTOCOLO	El Número y nombre del protocolo correspondiente.
22 TIPO DE ESTUDIO	El tipo de estudio, si es urgente, primera vez o subsecuente.
23 FECHA DE ESTUDIO ANTERIOR	La fecha del estudio anterior practicado a la paciente.
24 NOMBRE MÉDICO SOLICITANTE	El nombre completo del médico que solicita los estudios.



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA REPRODUCTIVA
ANDROLOGÍA

Nombre: (1) _____
Registro: (2) _____

PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN	3509	___ MAR	3518	___ Criopreservación por muestra	
3501 <input type="checkbox"/> Análisis Seminal Completo	3510	___ Inmunobeads	3519	___ Almacenaje Criopreservación Anual	
<input type="checkbox"/> Análisis Seminal Parcial:	<input type="checkbox"/> Integridad de Membrana:				
3502 ___ Densidad Espermática	3511 ___ Reacción Acrosomal			(5) CLAVES QUIRÚRGICAS	
3503 ___ Motilidad	3512 ___ Prueba Hiposmótica		3522	___ Varicocelectomía	
3504 ___ Viabilidad	3514 ___ Prueba de Capacitación Esperma		3523	___ Anastomosis de Vasos deferentes(Vaso Vaso Anastomosis)	
3505 ___ Morfología	<input type="checkbox"/> Análisis Bioquímico:	3515	___ Prueba de Viabilidad Espermática	3524	___ Extracción Espermática Testicular
3507 ___ Fructuosa	3516 ___ Prueba de Refrigeración Espermática				
3508 ___ Ac. Cítrico	3517 ___ Prueba de Criopreservación Espermática				

(4) **ESTUDIOS ESPECIALES**
 Anticuerpos Antiespermas (RMA):

(6) **Muestra:** Un eyaculado Doble eyaculado Eyaculado fraccionado Orina posteyaculado
 Biopsia Testicular Observaciones: _____

Cónyuge: (7) _____ Fecha del estudio: (8) _____ Hora del estudio: 7:30 a.m.

Diagnóstico: (9) _____

Médico solicitante: (10) _____ Clave: _____ Firma: _____

2101-01



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA REPRODUCTIVA
ANDROLOGÍA

Nombre: _____
Registro: _____

PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN	3509	___ MAR	3518	___ Criopreservación por muestra	
3501 <input type="checkbox"/> Análisis Seminal Completo	3510	___ Inmunobeads	3519	___ Almacenaje Criopreservación Anual	
<input type="checkbox"/> Análisis Seminal Parcial:	<input type="checkbox"/> Integridad de Membrana:				
3502 ___ Densidad Espermática	3511 ___ Reacción Acrosomal			CLAVES QUIRÚRGICAS	
3503 ___ Motilidad	3512 ___ Prueba Hiposmótica		3522	___ Varicocelectomía	
3504 ___ Viabilidad	3514 ___ Prueba de Capacitación Esperma		3523	___ Anastomosis de Vasos deferentes(Vaso Vaso Anastomosis)	
3505 ___ Morfología	<input type="checkbox"/> Análisis Bioquímico:	3515	___ Prueba de Viabilidad Espermática	3524	___ Extracción Espermática Testicular
3507 ___ Fructuosa	3516 ___ Prueba de Refrigeración Espermática				
3508 ___ Ac. Cítrico	3517 ___ Prueba de Criopreservación Espermática				

ESTUDIOS ESPECIALES
 Anticuerpos Antiespermas (RMA):

Muestra: Un eyaculado Doble eyaculado Eyaculado fraccionado Orina posteyaculado
 Biopsia Testicular Observaciones: _____

Cónyuge: _____ Fecha del estudio: _____ Hora del estudio: 7:30 a.m.

Diagnóstico: _____

Médico solicitante: _____ Clave: _____ Firma: _____

2101-01

**INSTRUCCIONES ESTRUCTAS
PARA ANÁLISIS SEMINAL**

1. Abstenerse de relaciones sexuales de 3 a 6 días.
2. Eliminar orina.
3. Aseo genital con jabón y abundante agua.
4. La muestra se colectará en el laboratorio de Andrología, ubicado en el tercer piso de la Torre de Investigación de este Instituto.
5. Asistir **PUNTUALMENTE** a su cita a fin de evitar cancelación (7:30 a 8:45 hrs.).
6. Presentar credencial oficial vigente y con fotografía.
7. Por ningún motivo se recibirán muestras que no lleven anexa la requisición del examen a realizar y el recibo de pago correspondiente.

DE NO CUMPLIR CON LO ANTERIOR, SU CITA SE CANCELARÁ Y REPROGRAMARÁ POSTERIORMENTE.

“ANDROLOGÍA 3er PISO DE LA TORRE DE INVESTIGACIÓN”

**INSTRUCCIONES ESTRUCTAS
PARA ANÁLISIS SEMINAL**

1. Abstenerse de relaciones sexuales de 3 a 6 días.
2. Eliminar orina.
3. Aseo genital con jabón y abundante agua.
4. La muestra se colectará en el laboratorio de Andrología, ubicado en el tercer piso de la Torre de Investigación de este Instituto.
5. Asistir **PUNTUALMENTE** a su cita a fin de evitar cancelación (7:30 a 8:45 hrs.).
6. Presentar credencial oficial vigente y con fotografía.
7. Por ningún motivo se recibirán muestras que no lleven anexa la requisición del examen a realizar y el recibo de pago correspondiente.

DE NO CUMPLIR CON LO ANTERIOR, SU CITA SE CANCELARÁ Y REPROGRAMARÁ POSTERIORMENTE.

“ANDROLOGÍA 3er PISO DE LA TORRE DE INVESTIGACIÓN”

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
 DIRECCION DE INVESTIGACION
 SUBDIRECCION DE INVESTIGACION CLINICA
 DEPTO. DE INFECTOLOGIA E INMUNOLOGIA PERINATAL
MICROBIOLOGIA

Nombre: (1)

Registro:

- | | | |
|---|--|--|
| 2201 <input type="checkbox"/> Hemocultivo | 2218 <input type="checkbox"/> Cult. de Secreción de Herida | 2235 <input type="checkbox"/> Tinción Baar Líq. Peritoneal |
| 2202 <input type="checkbox"/> Cult. de Líq. Cefalorraquideo | 2219 <input type="checkbox"/> Cult. de Aspiración Celulitis | 2236 <input type="checkbox"/> Tinción Baar B/ Endometrio |
| 2203 <input type="checkbox"/> Cult. de Exudado Nasal | 2220 <input type="checkbox"/> Cult. P/Asp. de Tej. Blandos | 2237 <input type="checkbox"/> Tinción Baar Biopsia Trompas |
| 2204 <input type="checkbox"/> Cult. de Exudado Nasofaringeo | 2221 <input type="checkbox"/> Cult. de Absc. Intrabdominal | 2238 <input type="checkbox"/> Tinción Baar Tejidos Blandos |
| 2205 <input type="checkbox"/> Cult. Faringeo | 2222 <input type="checkbox"/> Cult. de Absceso Hepático | 2239 <input type="checkbox"/> C.P.S. en Fresco |
| 2206 <input type="checkbox"/> Cult. de Secreción Otica | 2223 <input type="checkbox"/> Cult. de Secr. de Articulación | 2240 <input type="checkbox"/> C.P.S. en Concentrado |
| 2207 <input type="checkbox"/> Cult. de Secreción Conjuntival | 2224 <input type="checkbox"/> Cult. de Secr. Uretral | 2242 <input type="checkbox"/> Frotis en Fresco |
| 2208 <input type="checkbox"/> Cult. de Aspirado Bronquial(2) | 2225 <input type="checkbox"/> Cult. de Biopsia de Hígado | 2243 <input type="checkbox"/> Frotis de Gram |
| 2209 <input type="checkbox"/> Cult. de Líq. Pleural | 2226 <input type="checkbox"/> Cult. de Biopsia de Pulmón | 2245 <input type="checkbox"/> Cult. Esp. Ureaplasma |
| 2210 <input type="checkbox"/> Cult. de Aspirado Gástrico | 2227 <input type="checkbox"/> Cult. de Baar en Esputo | 2246 <input type="checkbox"/> Cult. Esp. Listeria |
| 2211 <input type="checkbox"/> Cult. de Aspirado Duodenal | 2228 <input type="checkbox"/> Cult. de Baar en Orina | 2247 <input type="checkbox"/> Coaglutinación |
| 2212 <input type="checkbox"/> Coprocultivo | 2229 <input type="checkbox"/> Cult. de Baar en L.Peritoneal | 2248 <input type="checkbox"/> Cult. de Punta de Catéter |
| 2213 <input type="checkbox"/> Urocultivo | 2230 <input type="checkbox"/> Cult. de Baar en B/Endometrio | 2249 <input type="checkbox"/> Cult. de Secreción Umbilical |
| 2214 <input type="checkbox"/> Espermocultivo | 2231 <input type="checkbox"/> Cult. de Baar en B/Trompas | 2250 <input type="checkbox"/> Cult. Especial de Mycoplasma |
| 2215 <input type="checkbox"/> Cult. de Exudado Cervicovaginal | 2232 <input type="checkbox"/> Cult. de Baar en T/Ganglionar | 2251 <input type="checkbox"/> Cult. De Baar en Semen |
| 2216 <input type="checkbox"/> Cult. de Cavidad Uterina | 2233 <input type="checkbox"/> Tinción para Baar en Esputo | |
| 2217 <input type="checkbox"/> Cult. de Líq. de Ascitis | 2234 <input type="checkbox"/> Tinción para Baar en Orina | |

Fecha: (3) Edad: (4) Edad Gestacional: (5) semanas Diagnóstico: (6)

Núm. de protocolo: (7) Nombre de protocolo: (8)

Médico solicitante: (9) Clave: (10) Firma:

Servicio solicitante: (11) Cama: (12)

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
 DIRECCION DE INVESTIGACION
 SUBDIRECCION DE INVESTIGACION CLINICA
 DEPTO. DE INFECTOLOGIA E INMUNOLOGIA PERINATAL
MICROBIOLOGIA

Nombre: **(1)**

Registro:

- | | | |
|--|--|--|
| 2201 <input type="checkbox"/> Hemocultivo | 2218 <input type="checkbox"/> Cult. de Secreción de Herida | 2235 <input type="checkbox"/> Tinción Baar Líq. Peritoneal |
| 2202 <input type="checkbox"/> Cult. de Liq. Cefalorraquideo | 2219 <input type="checkbox"/> Cult. de Aspiración Celulitis | 2236 <input type="checkbox"/> Tinción Baar B/ Endometrio |
| 2203 <input type="checkbox"/> Cult. de Exudado Nasal | 2220 <input type="checkbox"/> Cult. P/Asp. de Tej. Blandos | 2237 <input type="checkbox"/> Tinción Baar Biopsia Trompas |
| 2204 <input type="checkbox"/> Cult. de Exudado Nasofaringeo | 2221 <input type="checkbox"/> Cult. de Absc. Intrabdominal | 2238 <input type="checkbox"/> Tinción Baar Tejidos Blandos |
| 2205 <input type="checkbox"/> Cult. Faringeo | 2222 <input type="checkbox"/> Cult. de Absceso Hepático | 2239 <input type="checkbox"/> C.P.S. en Fresco |
| 2206 <input type="checkbox"/> Cult. de Secreción Otica | 2223 <input type="checkbox"/> Cult. de Secr. de Articulación | 2240 <input type="checkbox"/> C.P.S. en Concentrado |
| 2207 <input type="checkbox"/> Cult. de Secreción Conjuntival | 2224 <input type="checkbox"/> Cult. de Secr. Uretral | 2242 <input type="checkbox"/> Frotis en Fresco |
| 2208 <input type="checkbox"/> Cult. de Aspirado Bronquial ⁽²⁾ | 2225 <input type="checkbox"/> Cult. de Biopsia de Hígado | 2243 <input type="checkbox"/> Frotis de Gram |
| 2209 <input type="checkbox"/> Cult. de Liq. Pleural | 2226 <input type="checkbox"/> Cult. de Biopsia de Pulmón | 2245 <input type="checkbox"/> Cult. Esp. Ureaplasma |
| 2210 <input type="checkbox"/> Cult. de Aspirado Gástrico | 2227 <input type="checkbox"/> Cult. de Baar en Espujo | 2246 <input type="checkbox"/> Cult. Esp. Listeria |
| 2211 <input type="checkbox"/> Cult. de Aspirado Duodenal | 2228 <input type="checkbox"/> Cult. de Baar en Orina | 2247 <input type="checkbox"/> Coagulación |
| 2212 <input type="checkbox"/> Coprocultivo | 2229 <input type="checkbox"/> Cult. de Baar en L.Peritoneal | 2248 <input type="checkbox"/> Cult. de Punta de Catéter |
| 2213 <input type="checkbox"/> Urocultivo | 2230 <input type="checkbox"/> Cult. de Baar en B/Endometrio | 2249 <input type="checkbox"/> Cult. de Secreción Umbilical |
| 2214 <input type="checkbox"/> Espermocultivo | 2231 <input type="checkbox"/> Cult. de Baar en B/Trompas | 2250 <input type="checkbox"/> Cult. Especial de Mycoplasma |
| 2215 <input type="checkbox"/> Cult. de Exudado Cervicovaginal | 2232 <input type="checkbox"/> Cult. de Baar en T/Ganglionar | 2251 <input type="checkbox"/> Cult. De Baar en Semen |
| 2216 <input type="checkbox"/> Cult. de Cavidad Uterina | 2233 <input type="checkbox"/> Tinción para Baar en Espujo | |
| 2217 <input type="checkbox"/> Cult. de Liq. de Ascitis | 2234 <input type="checkbox"/> Tinción para Baar en Orina | |

Fecha: ⁽³⁾ _____ Edad: ⁽⁴⁾ _____ Edad Gestacional: ⁽⁵⁾ _____ semanas Diagnóstico: ⁽⁶⁾ _____

Núm. de protocolo: ⁽⁷⁾ _____ Nombre de protocolo: ⁽⁸⁾ _____

Médico solicitante: ⁽⁹⁾ _____ Clave: ⁽¹⁰⁾ _____ Firma: _____

Servicio solicitante: ⁽¹¹⁾ _____ Cama: ⁽¹²⁾ _____

2430-05



**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
"CARNET DE CITAS" (2240-18)**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE, REGISTRO Y NIVEL	El nombre completo de la paciente, el número de su expediente y el nivel socioeconómico asignado por el departamento de trabajo Social.
2	CARNET DE CITAS	El nombre completo de la trabajadora social del instituto que atendió a la paciente.
3	FECHA	La fecha, mes y año de elaboración del carnet de la paciente.
4	FECHA-HORA	El día, mes y hora de la próxima consulta.
5	SERVICIO	El área médica donde se atenderá a la paciente.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM-SMR-CA-MP-02
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	2.- Procedimiento para la atención de primera vez en el laboratorio de Andrología		Hoja: 1 de 10

2.- PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PRIMERA VEZ EN EL LABORATORIO DE ANDROLOGÍA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Revisó	Autorizó	
Nombre	Dra. Miriam Echavarría	Dr. Fernando Gaviño Gaviño	Dr. Roberto Sepanco Barba
Cargo-puesto	Coordinación de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM- SMR-CA-MP-02
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	2.- Procedimiento para la atención de primera vez en el laboratorio de Andrología		Hoja: 2 de 10

1.0 Propósito

- 1.1 Realizar en el laboratorio de la Coordinación de Andrología, la recolección de muestras y envío de las mismas para los estudios de espermotobioscopia directa y espermocultivo.

2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica y a la Subdirección de Medicina Reproductiva (Coordinación de Andrología).
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a los pacientes varones de las parejas usuarias de los servicios médicos del INPerIER, evaluadas por problemas de infertilidad.

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección Médica a través de la Subdirección de Medicina Reproductiva verificar que la Coordinación de Andrología cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Revisar que la solicitud de "Estudios Especiales de Andrología" (F-2101-01) haya sido requisitada correctamente y que contenga las indicaciones específicas para la toma de la muestra seminal.
- Recibir al paciente el día de su cita y orientarlo para la adecuada recolección de la muestra seminal.
- Etiquetar la muestra, proporcionar las condiciones adecuadas para su manejo y realizar el análisis de la misma (espermotobioscopia directa).
- Enviar la muestra, en caso de requerir estudio de espermocultivo, al Laboratorio de Microbiología, con ayuda del formato "Solicitud de Estudios de Microbiología" (F-2430-05).
- Verificar que se haya anotado en "Carnet de Citas" (F-2240-18), Cita de primera vez en Consulta Externa de Andrología e informar que será ahí donde se le informará sobre los resultados.

- 3.2 Será responsabilidad de la Dirección de Investigación a través de la Subdirección de Investigación Clínica verificar que el Departamento de Infectología e Inmunología Perinatal verifique que el Laboratorio de Microbiología cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Recibir de la Coordinación de Andrología, la muestra seminal.
- Realizar el examen microbiológico de la muestra seminal recibida (espermocultivo).

CONTROL DE EMISIÓN			
			
Nombre	Dra. Mirna González Estavarría	Dr. Fernando Gavilón Gavilón	Dr. Roberto Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM- SMR-CA-MP-02
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	2.- Procedimiento para la atención de primera vez en el laboratorio de Andrología		Hoja: 3 de 10

- Proporcionar a la Coordinación de Andrología, el resultado del examen microbiológico realizado.

3.3 Será responsabilidad de los usuarios de los servicios médicos del INPerIER, cumplir con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:


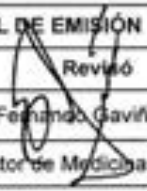
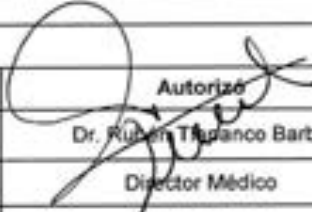
- Realizar el pago correspondiente a los estudios y consultas, previo a la realización de estos.
- Acudir puntualmente a sus citas programadas en el Laboratorio de Andrología y presentar identificación oficial con fotografía.
- Seguir las indicaciones médicas y cumplir con el tratamiento indicado por el personal de la Coordinación de Andrología.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Dra. Miriam Guadalupe Echavarría	Dr. Fernando Gaviño Gaviño	Dr. Rubén Tinoco Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM-SMR-CA-MP-02
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	2.- Procedimiento para la atención de primera vez en el laboratorio de Andrología		Hoja: 4 de 10


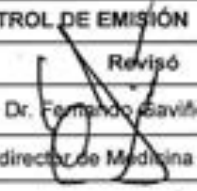
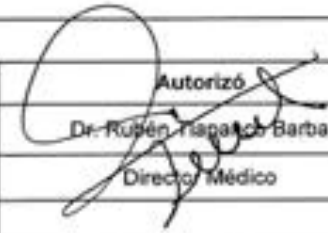
4.0 Descripción del procedimiento

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0 Emisión de instrucción	1.1 Instruye a la Subdirección de Medicina Reproductiva, lleve a cabo el procedimiento para la atención al paciente por primera vez en el Laboratorio de Andrología.	Dirección Médica
2.0 Recepción y transmisión de instrucción	2.1 Recibe instrucción y solicita a la Coordinación de Andrología proporcionar atención de primera vez en el Laboratorio de Andrología.	Subdirección de Medicina Reproductiva
3.0 Solicitud de atención al paciente	3.1 Recibe instrucción de atender al paciente de primera vez en el Laboratorio de Andrología. 3.2 Indica al personal de Laboratorio de Andrología atender a los pacientes referidos para estudios.	Coordinación de Andrología
4.0 Recepción de paciente	4.1 Recibe el personal de Laboratorio de Andrología al paciente y le solicita "Carnet de Citas" (F-2240-18), identificación oficial con fotografía y formatos "Estudios Especiales de Andrología" (F-2101-01), así como "Solicitud de Estudios de Microbiología" (F-2430-05), a fin de verificar sus datos. ¿Procede? No: Indica al paciente, reprograma cita. TERMINA PROCEDIMIENTO Si: Continúa Procedimiento <ul style="list-style-type: none"> • F-2240-18 • F-2101-01 • F-2430-05 	Coordinación de Andrología

CONTROL DE EMISIÓN			
	Revisó	Revisó	Autorizó
Nombre	Dra. Miriam López Echavarría	Dr. Fernando Gaviño Gaviño	Dr. Rubén Tizapanco Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM- SMR-CA-MP-02
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	2.- Procedimiento para la atención de primera vez en el laboratorio de Andrología		Hoja: 5 de 10

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
5.0 Entrega de recipiente para muestra	<p>5.1 Entrega el personal del Laboratorio de Andrología al paciente, una vez revisado sus formatos "Solicitud de Estudios de Microbiología" (F-2430-05), "Estudios Especiales de Andrología" (F-2101-01) y comprobante de pago, el recipiente para la recolección de la muestra seminal.</p> <p>5.2 Indica al paciente el lugar destinado para la obtención de muestras.</p> <ul style="list-style-type: none"> • F-2430-05 • F-2101-01 	Coordinación de Andrología
6.0 Recepción de muestra	6.1 Recibe del paciente la(s) muestra(s) requerida(s) y la(s) etiqueta adecuadamente con los datos del solicitante.	Coordinación de Andrología
7.0 Programación de cita	7.1 Verifica que se haya anotado en "Carnet de Citas" (F-2240-18), cita en Consulta Externa de Andrología para entrega de resultados.	Coordinación de Andrología
8.0 Procesamiento de muestra	<p>8.1 Procesa y analiza la muestra seminal obtenida mediante espermotobioscopia directa.</p> <p>8.2 Envía de ser el caso, la muestra seminal al Laboratorio de Microbiología, para la realización de espermocultivo con formato "Solicitud de Estudios de Microbiología" (F-2430-05).</p> <ul style="list-style-type: none"> • F-2430-05 	Coordinación de Andrología

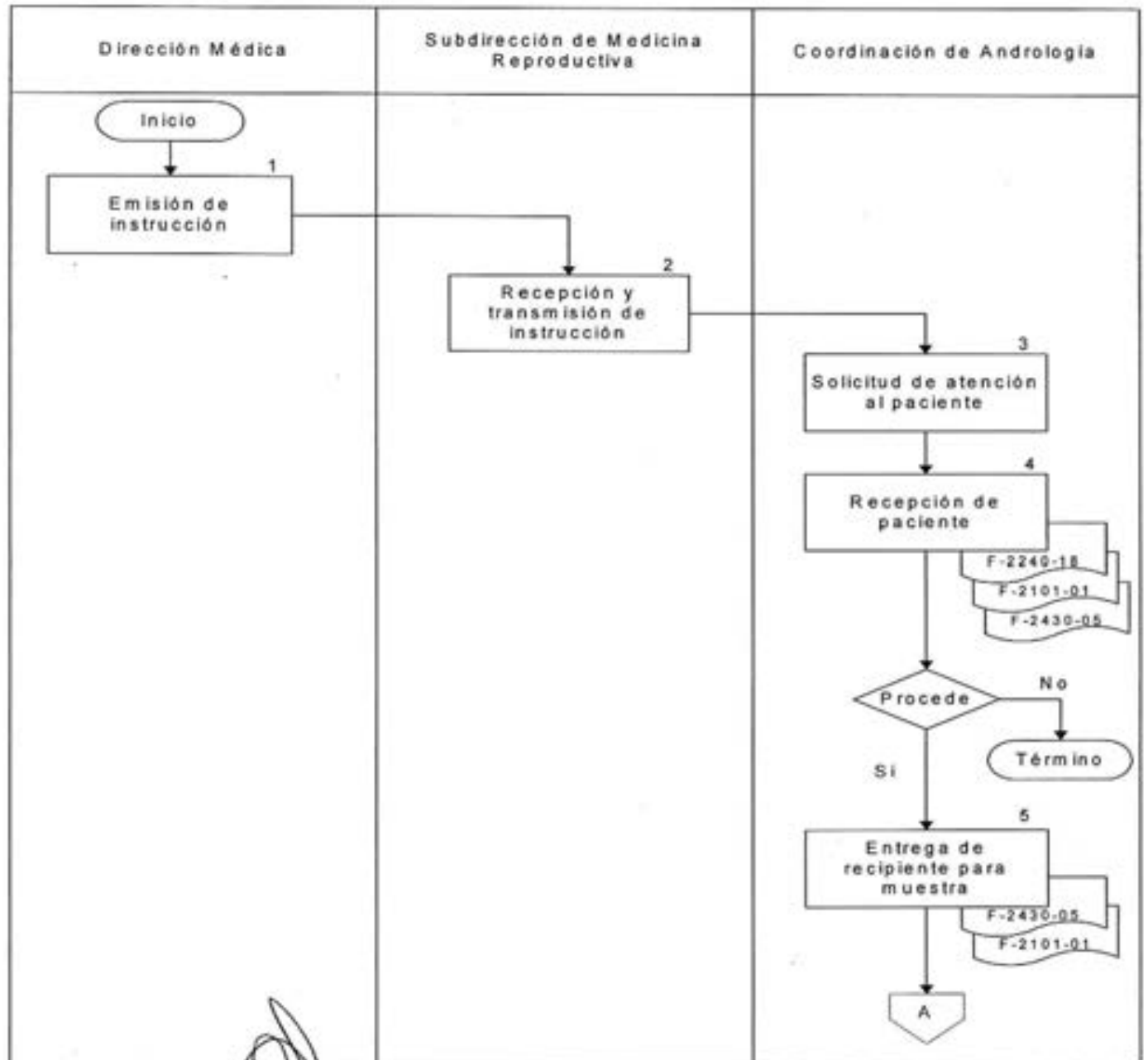
CONTROL DE EMISIÓN			
	Emitió	Revisó	Autorizó
Nombre	Dra. Mirna Guadalupe Escobar	Dr. Fernando Saviño Gavito	Dr. Rubén Nájera Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM-SMR-CA-MP-02
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	2.- Procedimiento para la atención de primera vez en el laboratorio de Andrología		Hoja: 6 de 10



Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
9.0 Registro de resultados	9.1 Registra los resultados obtenidos en el Laboratorio de Andrología en la libreta correspondiente para su posterior interpretación clínica. <ul style="list-style-type: none"> • Libreta de resultados <p style="text-align: center;">TERMINA PROCEDIMIENTO</p>	Coordinación de Andrología

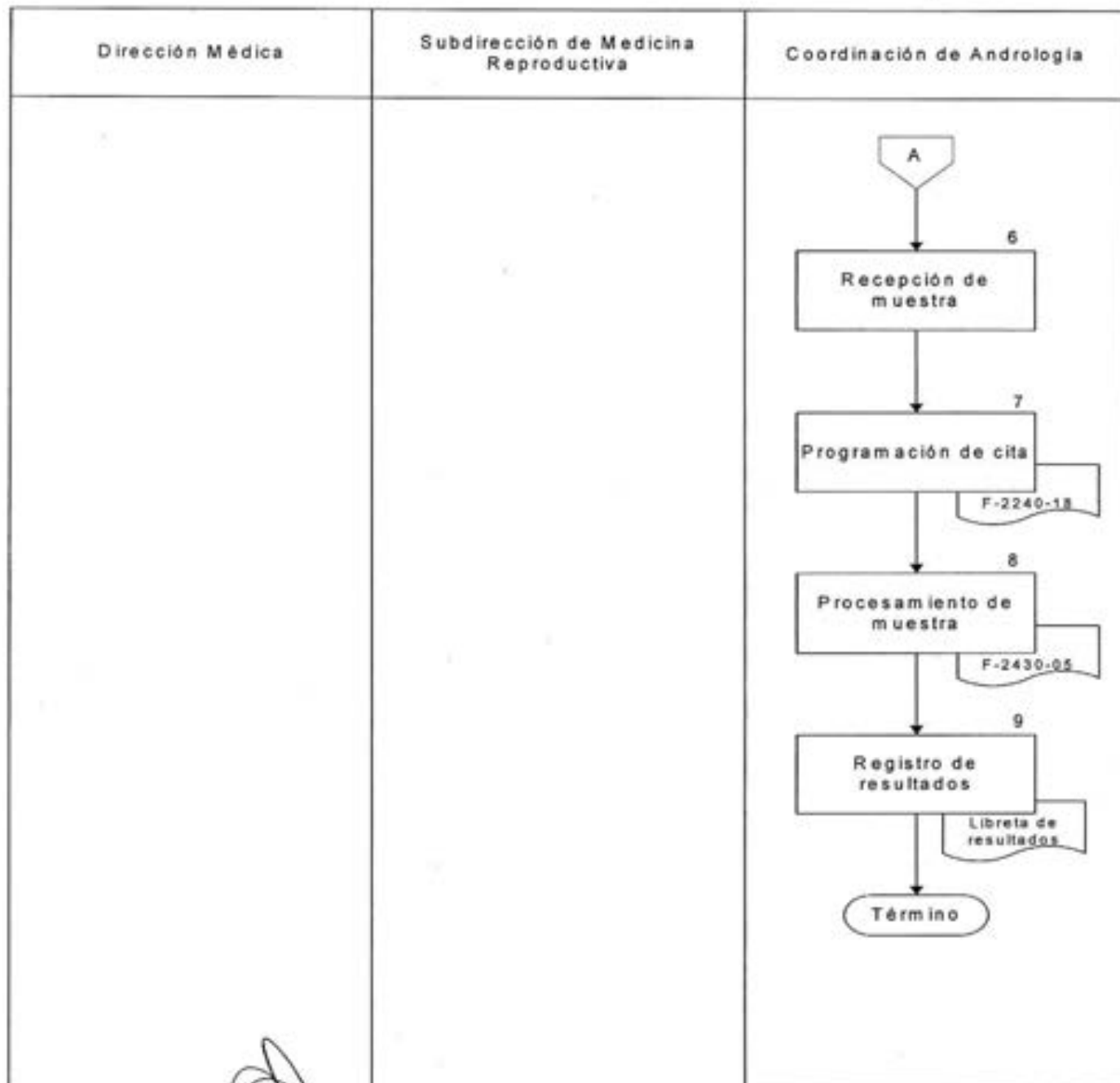
CONTROL DE EMISIÓN			
Nombre	Dra. Mariana Guispe Echavarría	Dr. Fernando Gaviño Gaviño	Dr. Rubén Triguero Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

5.0 Diagrama de Flujo





CONTROL DE EMISIÓN			
	Emitió	Revisó	Autorizó
Nombre	Dra. Mirna Guzmán Echavarría	Dr. Fernando Gaviño Gaviño	Dr. Rufino Pizagalán Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM- SMR-CA-MP-02
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	2.- Procedimiento para la atención de primera vez en el laboratorio de Andrología		Hoja: 8 de 10



CONTROL DE EMISIÓN			
			
Nombre	Dra. Mirna Guzmán Echavarría	Dr. Fernando Gaviño Gaviño	Dr. Rubén Ricardo Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM- SMR-CA-MP-02
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	2.- Procedimiento para la atención de primera vez en el laboratorio de Andrología		Hoja: 9 de 10

6.0 Documentos de referencia

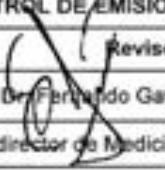
Documentos	Código (cuando aplique)
Ley de los Institutos Nacionales de Salud	No Aplica
Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	No Aplica
Guía Técnica para la Elaboración de Manual de Procedimientos de la Secretaría de Salud	REV. 5 02/08 02-08
Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes	No Aplica
Manual de Organización Especifico del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes	No Aplica



7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
"Carnet de Citas"	No Aplica	Paciente	F-2240-18
"Estudios Especiales de Andrología"	5 Años	Servicio de Archivo Clínico	F-2101-01
"Solicitud de Estudios de Microbiología"	5 Años	Servicio de Archivo Clínico	F-2430-05
Libreta de resultados	5 Años	Coordinación de Andrología	No Aplica

8.0 Glosario

- 8.1 **Espermatobioscopia Directa:** Examen seminal en el que se identifican las características de los espermatozoides y otros componentes celulares y del plasma seminal.
- 8.2 **Espermocultivo:** Examen seminal para identificar organismos microbiológicos patógenos infectantes

CONTROL DE EMISIÓN			
			
Nombre	Dra. Mirna Guadalupe Echavarría Alvarez	Dr. Fernando Gaviño Gaviño	Dr. Rubén Tapasco Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		 <small>INPerIER</small>	INPerIER-DM-SMR-CA-MP-02
	Coordinación de Andrología			Rev. 4
	2.- Procedimiento para la atención de primera vez en el laboratorio de Andrología			Hoja: 10 de 10

9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
4	15-08-09	Actualización

10.0 Anexos

10.1 Carnet de Citas	(F-2240-18)
10.2 Estudios Especiales de Andrología	(F-2101-01)
10.3 Solicitud de Estudios de Microbiología	(F-2430-05)

CONTROL DE EMISIÓN			
	Revisó	Autorizó	
Nombre	Dra. Mirna Guadalupe Echavarría	Dr. Fernando Gaviño Gaviño	Dr. Rubén Tiburcio Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
"CARNET DE CITAS" (2240-18)**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE, REGISTRO Y NIVEL	El nombre completo de la paciente, el número de su expediente y el nivel socioeconómico asignado por el departamento de trabajo Social.
2	CARNET DE CITAS	El nombre completo de la trabajadora social del instituto que atendió a la paciente.
3	FECHA	La fecha, mes y año de elaboración del carnet de la paciente.
4	FECHA-HORA	El día, mes y hora de la próxima consulta.
5	SERVICIO	El área médica donde se atenderá a la paciente.



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA REPRODUCTIVA
ANDROLOGÍA

Nombre: (1) _____
Registro: (2) _____

PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN	3509	___ MAR	3518	___ Criopreservación por muestra
3501 <input type="checkbox"/> Análisis Seminal Completo	3510	___ Inmunobeads	3519	___ Almacenaje Criopreservación Anual
<input type="checkbox"/> Análisis Seminal Parcial:	<input type="checkbox"/> Integridad de Membrana:			
3502 ___ Densidad Espermática	3511 ___ Reacción Acrosomal			(5) CLAVES QUIRÚRGICAS
3503 ___ Motilidad	3512 ___ Prueba Hiposmótica		3522	___ Varicocelectomía
3504 ___ Viabilidad	3514 ___ Prueba de Capacitación Esperma		3523	___ Anastomosis de Vasos deferentes(Vaso Vaso Anastomosis)
3505 ___ Morfología	<input type="checkbox"/> Análisis Bioquímico:	3515		3524 ___ Extracción Espermática Testicular
3507 ___ Fructuosa	3516 ___ Prueba de Refrigeración Espermática			
3508 ___ Ac. Cítrico	3517 ___ Prueba de Criopreservación Espermática			

(4) ESTUDIOS ESPECIALES
 Anticuerpos Antiespermas (RMA):

(6) Muestra: Un eyaculado Doble eyaculado Eyaculado fraccionado Orina posteyaculado
 Biopsia Testicular Observaciones: _____

Cónyuge: (7) _____ Fecha del estudio: (8) _____ Hora del estudio: 7:30 a.m.

Diagnóstico: (9) _____

Médico solicitante: (10) _____ Clave: _____ Firma: _____

2101-01



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA REPRODUCTIVA
ANDROLOGÍA

Nombre: _____
Registro: _____

PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN	3509	___ MAR	3518	___ Criopreservación por muestra
3501 <input type="checkbox"/> Análisis Seminal Completo	3510	___ Inmunobeads	3519	___ Almacenaje Criopreservación Anual
<input type="checkbox"/> Análisis Seminal Parcial:	<input type="checkbox"/> Integridad de Membrana:			
3502 ___ Densidad Espermática	3511 ___ Reacción Acrosomal			CLAVES QUIRÚRGICAS
3503 ___ Motilidad	3512 ___ Prueba Hiposmótica		3522	___ Varicocelectomía
3504 ___ Viabilidad	3514 ___ Prueba de Capacitación Esperma		3523	___ Anastomosis de Vasos deferentes(Vaso Vaso Anastomosis)
3505 ___ Morfología	<input type="checkbox"/> Análisis Bioquímico:	3515		3524 ___ Extracción Espermática Testicular
3507 ___ Fructuosa	3516 ___ Prueba de Refrigeración Espermática			
3508 ___ Ac. Cítrico	3517 ___ Prueba de Criopreservación Espermática			

ESTUDIOS ESPECIALES
 Anticuerpos Antiespermas (RMA):

Muestra: Un eyaculado Doble eyaculado Eyaculado fraccionado Orina posteyaculado
 Biopsia Testicular Observaciones: _____

Cónyuge: _____ Fecha del estudio: _____ Hora del estudio: 7:30 a.m.

Diagnóstico: _____

Médico solicitante: _____ Clave: _____ Firma: _____

2101-01

**INSTRUCCIONES ESTRUCTAS
PARA ANÁLISIS SEMINAL**

1. Abstenerse de relaciones sexuales de 3 a 6 días.
2. Eliminar orina.
3. Aseo genital con jabón y abundante agua.
4. La muestra se colectará en el laboratorio de Andrología, ubicado en el tercer piso de la Torre de Investigación de este Instituto.
5. Asistir **PUNTUALMENTE** a su cita a fin de evitar cancelación (7:30 a 8:45 hrs.).
6. Presentar credencial oficial vigente y con fotografía.
7. Por ningún motivo se recibirán muestras que no lleven anexa la requisición del examen a realizar y el recibo de pago correspondiente.

DE NO CUMPLIR CON LO ANTERIOR, SU CITA SE CANCELARÁ Y REPROGRAMARÁ POSTERIORMENTE.

“ANDROLOGÍA 3er PISO DE LA TORRE DE INVESTIGACIÓN”

**INSTRUCCIONES ESTRUCTAS
PARA ANÁLISIS SEMINAL**

1. Abstenerse de relaciones sexuales de 3 a 6 días.
2. Eliminar orina.
3. Aseo genital con jabón y abundante agua.
4. La muestra se colectará en el laboratorio de Andrología, ubicado en el tercer piso de la Torre de Investigación de este Instituto.
5. Asistir **PUNTUALMENTE** a su cita a fin de evitar cancelación (7:30 a 8:45 hrs.).
6. Presentar credencial oficial vigente y con fotografía.
7. Por ningún motivo se recibirán muestras que no lleven anexa la requisición del examen a realizar y el recibo de pago correspondiente.

DE NO CUMPLIR CON LO ANTERIOR, SU CITA SE CANCELARÁ Y REPROGRAMARÁ POSTERIORMENTE.

“ANDROLOGÍA 3er PISO DE LA TORRE DE INVESTIGACIÓN”

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
 DIRECCION DE INVESTIGACION
 SUBDIRECCION DE INVESTIGACION CLINICA
 DEPTO. DE INFECTOLOGIA E INMUNOLOGIA PERINATAL
MICROBIOLOGIA

Nombre: (1)

Registro:

- | | | |
|---|--|--|
| 2201 <input type="checkbox"/> Hemocultivo | 2218 <input type="checkbox"/> Cult. de Secreción de Herida | 2235 <input type="checkbox"/> Tinción Baar Líq. Peritoneal |
| 2202 <input type="checkbox"/> Cult. de Líq. Cefalorraquideo | 2219 <input type="checkbox"/> Cult. de Aspiración Celulitis | 2236 <input type="checkbox"/> Tinción Baar B/ Endometrio |
| 2203 <input type="checkbox"/> Cult. de Exudado Nasal | 2220 <input type="checkbox"/> Cult. P/Asp. de Tej. Blandos | 2237 <input type="checkbox"/> Tinción Baar Biopsia Trompas |
| 2204 <input type="checkbox"/> Cult. de Exudado Nasofaríngeo | 2221 <input type="checkbox"/> Cult. de Absc. Intrabdominal | 2238 <input type="checkbox"/> Tinción Baar Tejidos Blandos |
| 2205 <input type="checkbox"/> Cult. Faríngeo | 2222 <input type="checkbox"/> Cult. de Absceso Hepático | 2239 <input type="checkbox"/> C.P.S. en Fresco |
| 2206 <input type="checkbox"/> Cult. de Secreción Otica | 2223 <input type="checkbox"/> Cult. de Secr. de Articulación | 2240 <input type="checkbox"/> C.P.S. en Concentrado |
| 2207 <input type="checkbox"/> Cult. de Secreción Conjuntival | 2224 <input type="checkbox"/> Cult. de Secr. Uretral | 2242 <input type="checkbox"/> Frotis en Fresco |
| 2208 <input type="checkbox"/> Cult. de Aspirado Bronquial(2) | 2225 <input type="checkbox"/> Cult. de Biopsia de Hígado | 2243 <input type="checkbox"/> Frotis de Gram |
| 2209 <input type="checkbox"/> Cult. de Líq. Pleural | 2226 <input type="checkbox"/> Cult. de Biopsia de Pulmón | 2245 <input type="checkbox"/> Cult. Esp. Ureaplasma |
| 2210 <input type="checkbox"/> Cult. de Aspirado Gástrico | 2227 <input type="checkbox"/> Cult. de Baar en Espujo | 2246 <input type="checkbox"/> Cult. Esp. Listeria |
| 2211 <input type="checkbox"/> Cult. de Aspirado Duodenal | 2228 <input type="checkbox"/> Cult. de Baar en Orina | 2247 <input type="checkbox"/> Coaglutinación |
| 2212 <input type="checkbox"/> Coprocultivo | 2229 <input type="checkbox"/> Cult. de Baar en L.Peritoneal | 2248 <input type="checkbox"/> Cult. de Punta de Catéter |
| 2213 <input type="checkbox"/> Urocultivo | 2230 <input type="checkbox"/> Cult. de Baar en B/Endometrio | 2249 <input type="checkbox"/> Cult. de Secreción Umbilical |
| 2214 <input type="checkbox"/> Espermiocultivo | 2231 <input type="checkbox"/> Cult. de Baar en B/Trompas | 2250 <input type="checkbox"/> Cult. Especial de Mycoplasma |
| 2215 <input type="checkbox"/> Cult. de Exudado Cervicovaginal | 2232 <input type="checkbox"/> Cult. de Baar en T/Ganglionar | 2251 <input type="checkbox"/> Cult. De Baar en Semen |
| 2216 <input type="checkbox"/> Cult. de Cavidad Uterina | 2233 <input type="checkbox"/> Tinción para Baar en Espujo | |
| 2217 <input type="checkbox"/> Cult. de Líq. de Ascitis | 2234 <input type="checkbox"/> Tinción para Baar en Orina | |

Fecha: (3) Edad: (4) Edad Gestacional: (5) semanas Diagnóstico: (6)

Núm. de protocolo: (7) Nombre de protocolo: (8)

Médico solicitante: (9) Clave: (10) Firma:

Servicio solicitante: (11) Cama: (12)

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO



***MICROBIOLOGÍA*(F-2430-05)**

NO.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	RECUADRO SUP. DERECHO	Nombre del paciente empezando por apellido paterno y número de expediente hospitalario
2	MICROBILOGÍA CUADRO CENTRAL	Tipo de estudio solicitado
3	FECHA	La fecha en que solicita el estudio
4	EDAD	Años cumplidos de la paciente
5	EDAD GESTACIONAL	Edad del embarazo de la paciente en semanas, con base a la fecha de su última menstruación
6	DIAGNOSTICO	El diagnóstico o padecimiento actual de la paciente
7	NUMERO DE PROTOCOLO	Número interno de identificación del protocolo de investigación en el que está incluida la paciente
8	NOMBRE DEL PROTOCOLO	Nombre específico del protocolo de investigación en el que está incluida la paciente
9	MÉDICO SOLICITANTE	Nombre del médico que solicita el estudio
10	CLAVE/ FIRMA	La clave médica de empleado del médico solicitante y firma
11	SERVICIO SOLICITANTE	Área o Servicio que solicita el estudio
12	CAMA	Número de cama que ocupa la paciente, si estuviera hospitalizada

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM-SMR-CA-MP-03
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	3.- Procedimiento para la atención del paciente de primera vez en Consulta Externa		Hoja: 1 de 8

3.- PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE DE PRIMERA VEZ EN CONSULTA EXTERNA

CONTROL DE EMISIÓN			
Nombre	Dra. Mirna Gascón de Echavarría	Dr. Fernando Gavilón Gavilón	Dr. Rubén Tapanco Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 INPerIER	INPerIER-DM-SMR-CA-MP-03
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	3.- Procedimiento para la atención del paciente de primera vez en Consulta Externa		Hoja: 2 de 8

1.0 Propósito

- 1.1 Elaborar la Historia Clínica y Nota de Evolución del paciente, así como solicitar los estudios paraclínicos necesarios, con la finalidad de integrar un diagnóstico, iniciar tratamiento y solicitar de acuerdo al caso, exámenes complementarios.


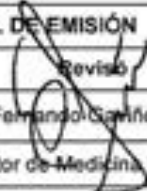
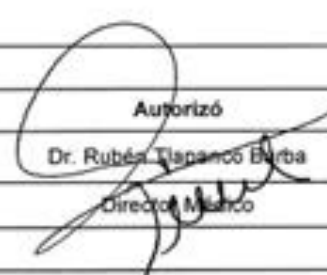
2.0 Alcance



- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica y a la Subdirección de Medicina Reproductiva (Coordinación de Andrología).
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a los pacientes varones, de las parejas evaluadas por problemas de salud reproductiva que acuden para su atención al Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección Médica a través de la Subdirección de Medicina Reproductiva verificar que la Coordinación de Andrología cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Realizar "Notas de Evolución" (F-2250-07) a los varones de las parejas evaluadas por problemas en salud reproductiva que acuden a consulta de primera vez al Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.
- Elaborar "Historia Clínica de Andrología" (F-2101-07) del paciente, recabar "Notas de Evolución" (F-2250-07) y analizar "Registro de Resultados" (F-2101-03), con la finalidad de integrar un diagnóstico.
- Solicitar de acuerdo al caso los exámenes complementarios.
- Informar al paciente sobre su estado real de salud, la necesidad de consultas posteriores, de interconsultas en otras Instituciones del Sector Salud, así como la justificación de futuros estudios dentro del Instituto o apoyados en otras instituciones del Sector Salud.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Dra. Mirna Guzmán Aguiar Santibañez	Dr. Fernando Sanjón Gavilón	Dr. Rubén Tlapanco Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

 <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <p>INPerIER</p>	INPerIER-DM-SMR-CA-MP-03
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	3.- Procedimiento para la atención del paciente de primera vez en Consulta Externa		Hoja: 3 de 8

4.0 Descripción del procedimiento

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0 Emisión de Instrucción	1.1 Instruye a la Subdirección de Medicina Reproductiva, lleve a cabo el procedimiento para la atención del paciente de primera vez en Consulta Externa.	Dirección Médica
2.0 Recepción y transmisión de Instrucción	2.1 Recibe instrucción y solicita a la Coordinación de Andrología proporcione atención de primera vez en Consulta Externa a los pacientes varones de parejas con problemas en salud reproductiva.	Subdirección de Medicina Reproductiva
3.0 Recepción de instrucción y paciente	3.1 Recibe la instrucción. 3.2 Recibe en consulta externa al paciente y le solicita "Carnet de Citas" (F-2240-18). <ul style="list-style-type: none">• F-2240-18	Coordinación de Andrología
4.0 Elaboración de Historia Clínica	4.1 Elabora el Médico Adscrito la "Historia Clínica de Andrología" (F-2101-07), así como la "Notas de Evolución" (F-2250-07) e integra el diagnóstico para indicar tratamiento respectivo. 4.2 Valora la necesidad de seguimiento al caso. ¿Procede? No: TERMINA PROCEDIMIENTO Si: Continúa Procedimiento <ul style="list-style-type: none">• F-2101-07• F-2250-07	Coordinación de Andrología
5.0 Solicitud de exámenes	5.1 Solicita el Médico Adscrito los exámenes necesarios para continuar con la integración del diagnóstico y/o para indicar tratamiento.	Coordinación de Andrología

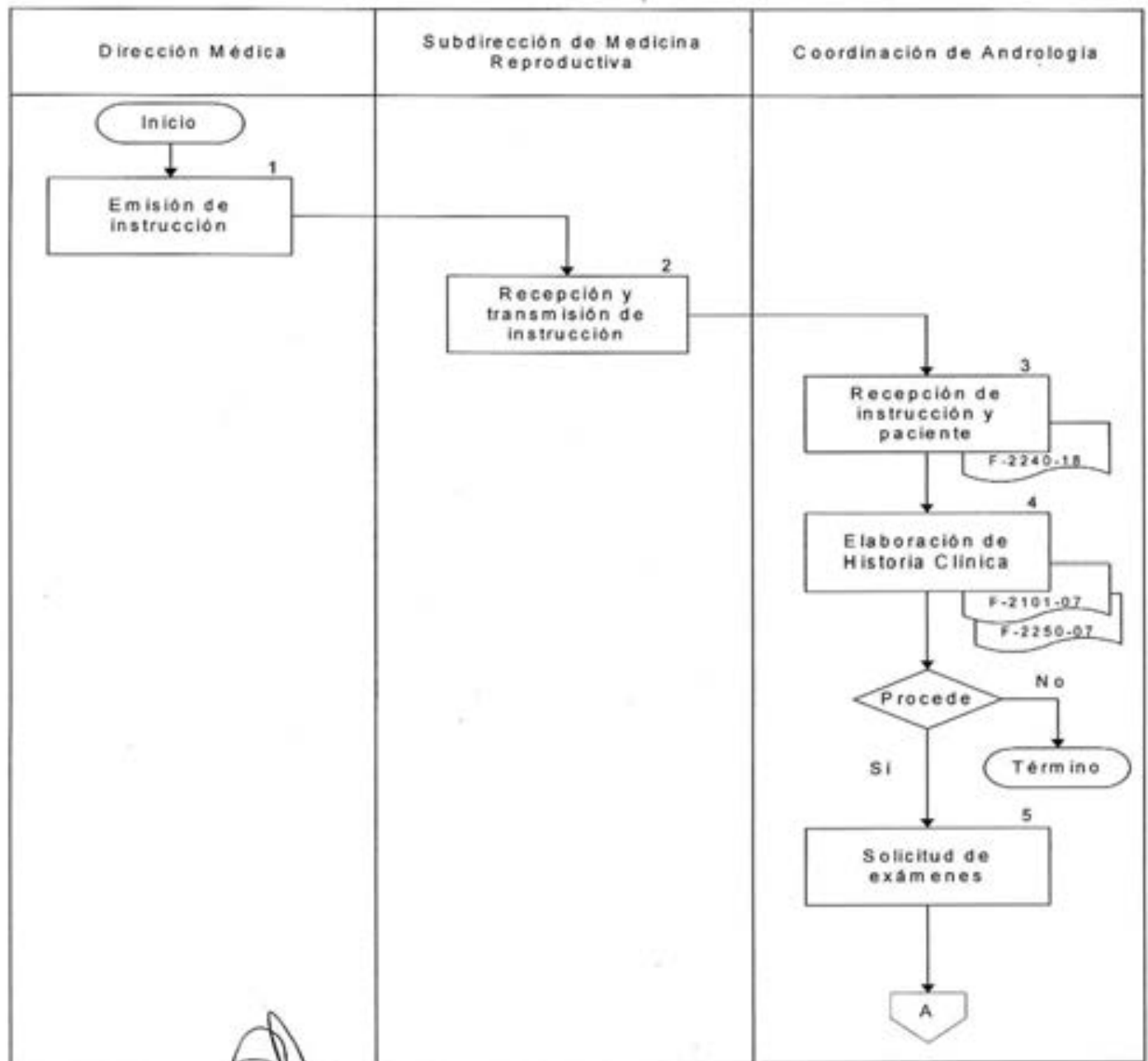
CONTROL DE EMISIÓN			
	Revisó	Autorizó	
Nombre	Dra. Mirna Cecilia Aguiar Aguiar	Dr. Fernando Gavino Gavino	Dr. Rubén Tapasco Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09


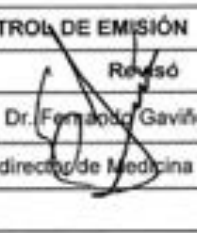
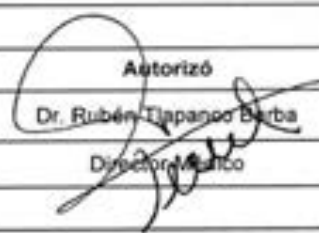
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM- SMR-CA-MP-03
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	3.- Procedimiento para la atención del paciente de primera vez en Consulta Externa		Hoja: 4 de 8

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
6.0 Programación de cita subsecuente	6.1 Anota en "Carnet de Citas" (F-2240-18), fecha y hora para cita subsecuente en Consulta Externa de Andrología. <ul style="list-style-type: none"> • F-2240-18 <p style="text-align: center;">TERMINA PROCEDIMIENTO</p>	Coordinación de Andrología

CONTROL DE EMISIÓN			
	Revisó	Autorizó	
Nombre	Dra. Mirna  Echavarría	Dr. Fernando  Gaviño	Dr. Rubén  Tapanco-Barrón
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

5.0 Diagrama de Flujo





CONTROL DE EMISIÓN			
		Revisó	Autorizó
Nombre	Dra. Mirna Guzmán Echavarría	Dr. Fernando Gaviño Gaviño	Dr. Rubén Tijapanco Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM-SMR-CA-MP-03
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	3.- Procedimiento para la atención del paciente de primera vez en Consulta Externa		Hoja: 6 de 8

Dirección Médica	Subdirección de Medicina Reproductiva	Coordinación de Andrología
		<pre> graph TD A{{A}} --> B[6 Programación de cita subsecuente] B --> C([Término]) B --- D[F-2240-18] </pre>

CONTROL DE EMISIÓN			
Nombre	Dra. Mirna G. Echavarría	Dr. Fernando Gavilón Gavilón	Dr. Rubén Darío Barba
Cargo-puesto	Coordinación de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerER-DM-SMR-CA-MP-03
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	3.- Procedimiento para la atención del paciente de primera vez en Consulta Externa		Hoja: 7 de 8

6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
Ley de los Institutos Nacionales de Salud	No Aplica
Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	No Aplica
Guía Técnica para la Elaboración de Manual de Procedimientos de la Secretaría de Salud	REV. 5 02/08 02-08
Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes	No Aplica
Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes	No Aplica

7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
"Carnet de Citas"	No Aplica	Paciente	F-2240-18
"Historia Clínica de Andrología"	5 años	Servicio de Archivo Clínico	F-2101-07
"Notas de Evolución"	5 Años	Servicio de Archivo Clínico	F-2250-07

8.0 Glosario



8.1 **Andrología:** Rama de la Medicina que estudia la función reproductiva masculina.

8.2 **Estudio Paraclínico:** Todo examen de laboratorio o gabinete que ayuda a integrar el diagnóstico del paciente.

9.0 Cambios de esta versión


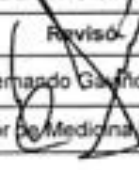
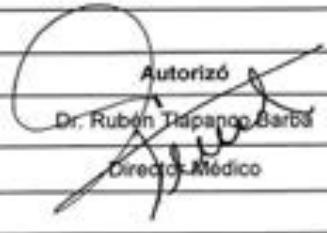
Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
4	15-08-09	Actualización

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Dra. Mirna Guadalupe Enríquez Navarria	Dr. Fernando Gaviño Gaviño	Dr. Rubén Tlapalco Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

 <p>SALUD SECRETARÍA DE SALUD</p>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <p>INPerIER</p>	INPerIER-DM-SMR-CA-MP-03
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	3.- Procedimiento para la atención del paciente de primera vez en Consulta Externa		Hoja: 8 de 8

10.0 Anexos

- 10.1 Carnet de citas (F-2240-18)
- 10.2 Historia Clínica de Andrología (F-2101-07)
- 10.3 Notas de Evolución (F-2250-07)

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Dra. Mirna Guzmán Espinosa Sánchez	Dr. Fernando Gavino Gavino	Dr. Rubén Tispano Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
"CARNET DE CITAS" (2240-18)**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE, REGISTRO Y NIVEL	El nombre completo de la paciente, el número de su expediente y el nivel socioeconómico asignado por el departamento de trabajo Social.
2	CARNET DE CITAS	El nombre completo de la trabajadora social del instituto que atendió a la paciente.
3	FECHA	La fecha, mes y año de elaboración del carnet de la paciente.
4	FECHA-HORA	El día, mes y hora de la próxima consulta.
5	SERVICIO	El área médica donde se atenderá a la paciente.

ESTADO CLÍNICO DE SU PAREJA: (11)

Edad: _____ Médico tratante: _____

Nº de Nupcia: _____

Duración de la relación sexual: _____

Duración de la Esterilidad / Infertilidad: _____ años.

Tipo de Esterilidad / infertilidad: PRIMARIA () SECUNDARIA ()

EMBARAZOS ANTERIORES: SI () NO () (12)

Número de Embarazos

	Pareja actual	Otras parejas
Nacimientos viables	_____	_____
Abortos espontáneos	_____	_____
Abortos provocados	_____	_____
Ectópicos	_____	_____
Molares	_____	_____
Hijos vivos	_____	_____

(13) ¿HA UTILIZADO MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS? SI () NO ()

Métodos anticonceptivos desde el último embarazo o todos los utilizados si la esterilidad es primaria

			Duración de uso en meses
1 DIU	SI ()	NO ()	_____
2 Hormonales	SI ()	NO ()	_____
3 Locales	SI ()	NO ()	_____
4 Otros	SI ()	NO ()	_____

(14) ESTUDIO PREVIO DE ESTERILIDAD: SI () NO ()

Especificar diagnóstico: _____

Ha tenido Inseminaciones previas: SI () NO () ESPECIFICAR

Semen fresco () Semen capacitado () Semen de donador ()

No. de Ciclos: _____ Resultados: _____

HISTORIA FAMILIAR REPRODUCTIVA: (15)

F: _____

M: _____

DIAGNÓSTICOS ELABORADOS EN EL INPerIER: (16)

ESPECIFICAR

- () F. Endocrino-Ovárico: _____
- () F Tubo-Peritoneal: _____
- () F. Uterino: _____
- () F. Cérvico-Espermático: _____
- () Endometriosis (clasificación): _____
- () Abortos repetidos: _____
- () Otros: _____

TRATAMIENTO ACTUAL: (17)

MEDICO: _____

REPRODUCCIÓN ASISTIDA:

IAH: No. de ciclos: _____ fechas: _____

GIFT / FIVTE:

HISTORIA ANDROLÓGICA (18)

ANTECEDENTES DE FERTILIDAD

Embarazos previos SI () NO ()

Número de embarazos:

	Pareja actual	Otras parejas
Nacimientos viables:	_____	_____
Abortos espontáneos	_____	_____
Abortos provocados	_____	_____
Ectópicos	_____	_____
Molares	_____	_____
Hijos vivos	_____	_____

TIPO DE ESTERILIDAD: PRIMARIA () SECUNDARIA ()

ESTUDIOS PREVIOS POR ESTERILIDAD: SI () NO () (19)

1. Análisis seminal	1. Normal	2. Anormal	3. No hecho
2. Espermecultivo	1. Normal	2. Anormal	3. No hecho
3. E.G.O.	1. Normal	2. Anormal	3. No hecho
4. Urocultivo	1. Normal	2. Anormal	3. No hecho
5. Hormonas	1. Normal	2. Anormal	3. No hecho
6. Ultrasonido testicular	1. Normal	2. Anormal	3. No hecho
7. Ultrasonido Prostático	1. Normal	2. Anormal	3. No hecho
8. Biopsia testicular	1. Normal	2. Anormal	3. No hecho

9. Otros: _____

Especificar resultados de los Números 6, 7 y 8 _____

TRATAMIENTO PREVIO DE LA INFERTILIDAD: NO () SI () (20)

Especifique: _____

ANTECEDENTES SEXUALES (21)

Pubertad y desarrollo: Edad: _____ Normal () Anormal * ()

Especificar * : _____

IVSA: _____ años. NPSP: _____

TRS: V ()	Protección	1. SI	2. NO
O ()	Protección	1. SI	2. NO
R ()	Protección	1. SI	2. NO
CH SI () NO ()	Protección	1. SI	2. NO
ZOOFILIA SI () NO ()	Protección	1. SI	2. NO

VIDA SEXUAL ACTUAL: (22)

NPA: _____ FRS: _____ (semanal) F masturbación: _____ (semanal)

Dirigidas a días fértiles SI () NO ()

TRS: V ()	Protección	1. SI	2. NO
O ()	Protección	1. SI	2. NO
R ()	Protección	1. SI	2. NO

FUNCIÓN SEXUAL: (23)

Libido Normal () Disminuida ()

Erección Normal () Disminuida ()

Impotencia 1. SI 2. NO

Erección matutina 1. SI 2. NO

Polución nocturna 1. SI 2. NO

Eyacuación Intravaginal () Extravaginal * ()

cantidad : normal () aumentada * () disminuida * ()

Especificar*: _____

De la penetración a la eyacuación tarda: _____ min.

Logra contener la eyacuación 1. SI () 2. NO ()

Dolorosa 1. SI () 2. NO ()

Hematospermia 1. SI () 2. NO ()

Orgasmo 1. Normal () 2. Inadecuado ()

FUNCIÓN PROSTATICA: (24)

1. Inicio miccional	Normal ()	Retardado ()
2. Grosor del chorro	Normal ()	Disminuido ()
3. Goteo postmiccional	SI ()	NO ()
4. Hematuria	SI ()	NO ()
5. Disuria	SI ()	NO ()
6. Dolor perineal	SI ()	NO ()
7. Nicturia	SI ()	NO ()
8. Prostatitis	SI ()	NO ()
9. Tenesmo	SI ()	NO ()

PATOLOGÍAS O TRATAMIENTOS QUE PUEDAN INFLUIR EN LA FERTILIDAD:**ÁREA GENITOURINARIA (25)**

¿Ha tenido alguna vez las siguientes enfermedades de transmisión sexual?

1. Sífilis	SI ()	NO ()	
2. Gonorrea	SI ()	NO ()	
3. Chlamydia	SI ()	NO ()	
4. Mycoplasma	SI ()	NO ()	
5. Herpes	SI ()	NO ()	
6. Papiloma	SI ()	NO ()	
7. Otros	SI ()	NO ()	Especificar: _____

Especificar: Año: _____ Tratamiento: _____

¿Ha tenido por lo menos tres cuadros de infección urinaria en los últimos 12 meses?:

SI () NO () tratamiento: _____

¿Ha tenido fiebre de 38°C o más en los últimos 3 meses?

SI () NO ()

¿Le han practicado alguna de las siguientes cirugías?:

1. Estrechez uretral	SI ()	NO ()	año: _____
2. Hipospadias	SI ()	NO ()	año: _____
3. Orquidopexia	SI ()	NO ()	año: _____

- | | | | |
|-------------------------------------|--------|--------|------------|
| 4. Orquiectomía | SI () | NO () | año: _____ |
| 5. Prostatectomía | SI () | NO () | año: _____ |
| 6. Cuello de la Vejiga | SI () | NO () | año: _____ |
| 7. Vasectomía | SI () | NO () | año: _____ |
| 8. Hernia Inguinal | SI () | NO () | año: _____ |
| 9. Simpatectomía | SI () | NO () | año: _____ |
| 10. Varicocelecomía | SI () | NO () | año: _____ |
| 11. Linfadenectomía retroperitoneal | SI () | NO () | año: _____ |
| 12. Hemorroidectomía | SI () | NO () | año: _____ |
| 13. Circuncisión | SI () | NO () | año: _____ |

¿Ha presentado alguna vez las siguientes patologías testiculares?

- | | | | | | |
|------------------------------|--------|--------|-------|-------|------------|
| 1. Epididimitis | SI () | NO () | D () | I () | año: _____ |
| 2. Dolor testicular | SI () | NO () | D () | I () | año: _____ |
| 3. Orquitis | SI () | NO () | D () | I () | año: _____ |
| 4. Orquitis Viral | SI () | NO () | D () | I () | año: _____ |
| 5. Traumatismos testiculares | SI () | NO () | D () | I () | año: _____ |
| 6. Torsión testicular | SI () | NO () | D () | I () | año: _____ |
| 7. Testículos retráctiles | SI () | NO () | D () | I () | año: _____ |

Tratamiento: _____

(26) ENFERMEDADES SISTEMICAS:

- | | | | |
|-----------------------------|--------|--------|------------|
| 1. Trastornos Visuales | SI () | NO () | año: _____ |
| 2. Pérdida de la Conciencia | SI () | NO () | año: _____ |
| 3. Lesión Medular | SI () | NO () | año: _____ |
| 4. Crisis Convulsivas | SI () | NO () | año: _____ |
| 5. Cefalea | SI () | NO () | año: _____ |
| 6. Hepatitis | SI () | NO () | año: _____ |
| 7. Tuberculosis | SI () | NO () | año: _____ |
| 8. Parotiditis | SI () | NO () | año: _____ |
| 9. Fibrosis Quística | SI () | NO () | año: _____ |

- 10 Bronquitis Crónica SI () NO () año: _____
11. Sinusitis SI () NO () año: _____
12. Diabetes SI () NO () año: _____
13. Hipotiroidismo SI () NO () año: _____
14. Galactorrea SI () NO () año: _____
15. Hipertensión Arterial SI () NO () año: _____
16. Trauma en el Cráneo SI () NO () año: _____
17. Patología Oncológica SI () NO () año: _____
18. Otros: _____
- Especificar Tratamiento: _____

(27) EXPOSICIÓN A AGENTES FISICO-QUIMICOS GONADOTOXICOS:

1. Tabaco NO () SI () Edad de Inicio () Frecuencia _____
2. Alcohol NO () SI () Edad de Inicio () Frecuencia _____
3. Marihuana NO () SI () Edad de Inicio () Frecuencia _____
4. Cocaína NO () SI () Edad de Inicio () Frecuencia _____
5. Heroína NO () SI () Edad de Inicio () Frecuencia _____
6. Solventes NO () SI () Edad de Inicio () Frecuencia _____
7. Pintura Vinílica NO () SI () Edad de Inicio () Frecuencia _____
8. Pegamentos NO () SI () Edad de Inicio () Frecuencia _____
9. Plomo NO () SI () Edad de Inicio () Frecuencia _____
10. Pesticidas NO () SI () Edad de Inicio () Frecuencia _____
11. Fertilizantes NO () SI () Edad de Inicio () Frecuencia _____
12. Dinitrobenceno NO () SI () Edad de Inicio () Frecuencia _____
13. Dibromocloropropano NO () SI () Edad de Inicio () Frecuencia _____
14. Vapor-sauna NO () SI () Edad de Inicio () Frecuencia _____
15. Radiaciones NO () SI () Edad de Inicio () Frecuencia _____
16. Quimioterapia NO () SI () Edad de Inicio () Frecuencia _____
17. Medicación Crónica NO () SI () Edad de Inicio () Frecuencia _____
18. Ejercicio con pesas NO () SI () Edad de Inicio () Frecuencia _____
19. Otros _____

Protección empleada: NO () SI ()

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES: (28)

1. Diabetes: _____
2. Hipotiroidismo: _____
3. Hipertensión arterial: _____
4. Insuficiencia venosa: _____
5. Oncológicos: _____
6. Neurológicos: _____

EXPLORACIÓN FÍSICA: (29)

Peso: _____ kg. Talla: _____ m. IMC: _____
T.A. : _____ mmHg FC: _____ x' FR. : _____ x'

Brazada: _____

Inspección general: Normal () Anormal ()

Exploración de :

- | | | |
|----------------------------|------------|-------------|
| 1. Cabeza | Normal () | Anormal () |
| 2. Cuello | Normal () | Anormal () |
| 3. Tórax | Normal () | Anormal () |
| 4. Abdomen | Normal () | Anormal () |
| 5. Extremidades Inferiores | Normal () | Anormal () |

Comentarios: _____

Complexión: () Robusta () Mediana () Delgada

Habitus: () Normal () Enucoide

Virilización Tanner:

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
Ginecomastia SI () NO ()

EXPLORACIÓN GENITAL: (30)**PENE:**

- | | | |
|---------------------------|--------|--------|
| 1. Normal | SI () | NO () |
| 2. Fimosis | SI () | NO () |
| 3. Parafimosis | SI () | NO () |
| 4. Epispadias | SI () | NO () |
| 5. Hipospadias | SI () | NO () |
| 6. Cicatrices | SI () | NO () |
| 7. Manchas hipocrómicas | SI () | NO () |
| 8. Manchas hiperocrómicas | SI () | NO () |
| 9. Condilomas | SI () | NO () |
| 10. Circuncisión | SI () | NO () |
| 11. Otros: _____ | | |

URETRA: (31)

- | | | |
|-----------------|--------|--------|
| 1. Normal | SI () | NO () |
| 2. Eritematosa | SI () | NO () |
| 3. Secreción | SI () | NO () |
| 4. Otros: _____ | | |

TESTÍCULOS: (32)**Derecho:**

Longitud: _____ x _____ . Volumen: _____ cc.

- Consistencia: () Normal () Disminuida () Aumentada
 () Hematocele () Hidrocele
 () Hernia Inguinoescrotal

EPIDÍDIMO: () Normal () Engrosado () Doloroso () Ausente/Incompleto
 () Quiste _____ () Espermatocel

DEFERENTE: () Normal () Engrosado () Doloroso () Ausente/Incompleto

VARICOCELE () Grado I () Grado II () Grado III

Izquierdo:

Longitud: _____ x _____, Volumen: _____ cc.

Consistencia: () Normal () Disminuida () Aumentada
() Hematocele () Hidrocele
() Hernia Inguinoescrotal

EPIDÍDIMO: () Normal () Engrosado () Doloroso () Ausente/Incompleto
() Quiste _____ () Espermatocele

DEFERENTE: () Normal () Engrosado () Doloroso () Ausente/Incompleto

VARICOCELE () Grado I () Grado II () Grado III

INGLES:	Derecha	Izquierda
1. Normales	SI () NO ()	SI () NO ()
2. Cadena ganglionar	SI () NO ()	SI () NO ()
3. Cicatrices	SI () NO ()	SI () NO ()
4. Otros:	_____	

(33) PRÓSTATA: () Normal () Aumentada () Dolorosa () Nodular
() Lisa () Otros: _____

(34) VESÍCULAS SEMINALES: () Normal () Aumentada () Dolorosa
() Nodular () Lisa () Otros: _____

(35) EXPLORACIÓN GENERAL (datos positivos): _____
2. _____
3. _____
4. _____

REALIZO: _____ (36)

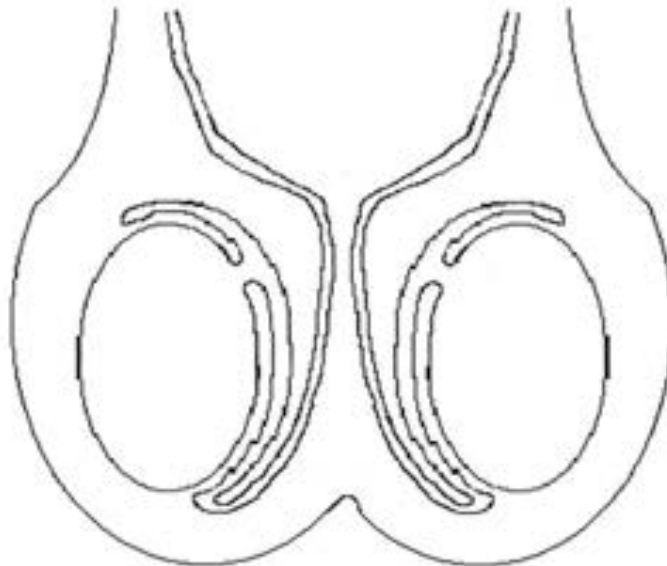
SUPERVISO: _____ (37)

V. DIAGNOSTICO (38)

1. Disfunción sexual, eyaculatoria o ambas
2. Causa inmunológica
3. Sin causa aparente
4. Anormalidades aisladas del plasma seminal
5. Causas iatrogénicas
6. Causas sistémicas
7. Anormalidades congénitas
8. Daño testicular adquirido
9. Varicocele
10. Infección glándulas accesorias
11. Causa endocrina
12. Oligozoospermia idiopática
13. Astenozoospermia idiopática
14. Teratozoospermia idiopática
15. Azoospermia obstructiva
16. Azoospermia idiopática
17. Otros: _____

¿Cuáles?

Comentarios: _____ (39)



13

12

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
"HISTORIA CLÍNICA" (2101-07ABCDEFG)

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
1	FECHA	Día, mes y año
2	REGISTRO	Número de registro en el INPerIER
3	NOMBRE	El nombre de la paciente
4	NOMBRE DEL CÓNYUGE	El nombre del cónyuge
5	EDAD Y FECHA DE NAC.	La edad y la fecha de nacimiento de la paciente
6	DATOS DE DOMICILIO	El domicilio actual del paciente y ocupación.
7	MOTIVO DE LA CONSULTA	Diagnóstico presuntivo y que requiere llevar algún tratamiento
8	DIAGNÓSTICO	El diagnóstico referido
9	N° DE NUPCIA	Número de veces de nupcias
10	PROTOCOLO	Folio y nombre del protocolo de investigación.
11	ESTADO CLÍNICO DE SU PAREJA	Datos de referencia
12	EMBARAZOS ANTERIORES	Datos de referencia
13	MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	Utilización y tiempo
14	ESTUDIOS PREVIOS	Especificar los estudios previos
15	HISTORIA FAMILIAR REPRODUCTIVA	Datos de referencia
16	DIAGNÓSTICOS ELABORADOS	Diagnósticos referidos en el INPerIER
17	TRATAMIENTO ACTUAL	Datos referidos

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
"HISTORIA CLÍNICA" (2101-07ABCDEF G)



NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
18	ANTECEDENTES DE FERTILIDAD	Datos de referencia
19	ESTUDIOS PREVIOS POR ESTERILIDAD	Datos de referencia.
20	TRATAMIENTO PREVIO DE ESTERILIDAD	Datos de referencia
21	ANTECEDENTES SEXUALES	Datos de referencia
22	VIDA SEXUAL ACTUAL	Datos de referencia
23	FUNCIÓN SEXUAL	Datos de referencia
24	FUNCIÓN PROSTATICA	Datos de referencia
25	ÁREA GENITOURINARIA	Las respuestas a los cuestionamientos
26	ENFERMEDADES SISTEMICAS	Datos de referencia
27	EXPOSICIÓN A AGENTES QUÍMICOS GONADOTOXICOS	Datos de referencia
28	ANTECEDENTES	Datos de referencia
29	HEREDO FAMILIARES EXPLORACIÓN FÍSICA	Datos de referencia
30	EXPLORACIÓN GENITAL	Datos de referencia
31	URETRA	Datos de referencia
32	TESTÍCULOS	Datos de referencia
33	PRÓSTATA	Datos de referencia
34	VESICULAS SEMINALES	Datos de referencia

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
"HISTORIA CLÍNICA" (2101-07ABCDEFG)


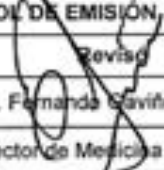
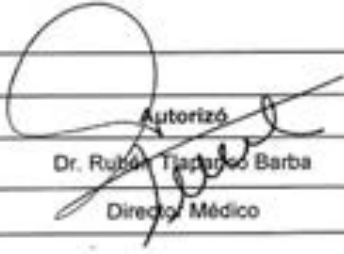
NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
35	EXPLORACIÓN GENERAL	Hallazgos encontrados Número de registro en el INPerIER
36	REALIZÓ	El nombre del personal que realizó la Historia Clínica
37	SUPERVISÓ	El nombre del personal que supervisó la Historia Clínica
38	DIAGNÓSTICO	Diagnóstico determinado
39	COMENTARIOS	Observaciones y comentarios a la información recabada.

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
"NOTAS DE EVOLUCIÓN" (2250-07)**

NO.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	RECUADRO BLANCO	El nombre, apellidos y número de registro de la paciente.
2	SERVICIO	El nombre del servicio.
3	CAMA	El número de cama, asignada a la paciente.
4	NO. DE HOJA	El número consecutivo de hoja.
5	FECHA Y HORA	La fecha y hora de elaboración de la nota.
6	NUM.	Número consecutivo de la nota.
7	NOTA DE EVOLUCIÓN	El tipo de nota, que el médico considere necesaria (subjctiva, objetiva, análisis o planes).
8	PLANES	A) Diagnóstico B) Tratamiento C) Educativo

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM-SMR-CA-MP-04
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	4.- Procedimiento para la atención subsecuente al paciente en el laboratorio de Andrología		Hoja: 1 de 10

4.- PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN SUBSECUENTE AL PACIENTE EN EL LABORATORIO DE ANDROLOGIA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Dra. Miriam Estephe Echavarría Sánchez	Dr. Fernando Gavino Gavino	Dr. Rubén Tierno Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM-SMR-CA-MP-04
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
4.- Procedimiento para la atención subsecuente al paciente en el laboratorio de Andrología	Hoja: 2 de 10		

1.0 Propósito

- 1.1 Realizar en el Laboratorio de la Coordinación de Andrología estudios seminales, tanto básicos como especiales; así como la recolección y envío de muestras para realizar estudios de espermocultivo y toma de muestras sanguíneas para pruebas hormonales especiales.

2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica y a la Subdirección de Medicina Reproductiva (Coordinación de Andrología).
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a los pacientes varones de las parejas usuarias de los servicios médicos del INPerIER, evaluadas por problemas en salud reproductiva.



3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección Médica a través de la Subdirección de Medicina Reproductiva verificar que la Coordinación de Andrología cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Revisar que el formato "Estudios Especiales de Andrología" (F-2101-01) haya sido requisitada correctamente y que a su vez contenga las indicaciones específicas para la toma de la muestra seminal.
- Recibir al paciente en el Laboratorio de Andrología y orientarlo para la entrega adecuada de la muestra seminal y sanguínea, solicitada en la consulta externa de Andrología.
- Etiquetar la(s) muestra(s), proporcionar las condiciones adecuadas para su manejo y realizar el análisis de la(s) muestras seminales (espermotobioscopías directas).
- Procesar y enviar la muestra al Laboratorio de Microbiología, en caso de requerir estudio de espermocultivo, con ayuda del formato "Solicitud de Estudios de Microbiología" (F-2430-05); o bien al Laboratorio de Endocrinología por medio del formato "Solicitud de Estudios de Endocrinología" (F-2130-01), cuando se trate de estudio de hormonas.

- 3.2 Será responsabilidad de la Dirección de Investigación a través de la Subdirección de Investigación Clínica verificar que el Departamento de Infectología e Inmunología Perinatal a través del Laboratorio de Microbiología cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Dra. Mirna Guadalupe Acevedo Salazar	Dr. Fernando Gavito Gavito	Dr. Rubén Darío Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM- SMR-CA-MP-04
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	4.- Procedimiento para la atención subsecuente al paciente en el laboratorio de Andrología		Hoja: 3 de 10


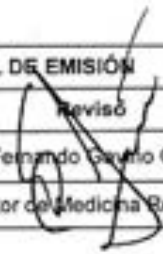

- Recibir de la Coordinación de Andrología, la muestra seminal.
- Realizar el examen microbiológico de la muestra seminal recibida (espermocultivo).
- Proporcionar a la Coordinación de Andrología, el resultado del examen microbiológico realizado.

3.3 Será responsabilidad de la Dirección Médica a través de la Subdirección de Medicina Reproductiva verificar que el Departamento de Endocrinología a través del Laboratorio de Endocrinología cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Recibir de la Coordinación de Andrología, la muestra sanguínea.
- Realizar el examen hormonal solicitado de la muestra sanguínea recibida.
- Proporcionar a la Coordinación de Andrología, el resultado del examen realizado.

3.4 Será responsabilidad de los usuarios de los servicios médicos del INPerIER, cumplir con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Realizar el pago correspondiente a los estudios y consultas.
- Acudir puntualmente a sus citas programadas en el Laboratorio de Andrología.



CONTROL DE EMISIÓN			
			
Nombre	Dra. Mirna Alejandra Echavarría Sánchez	Dr. Fernando Gerardo Gaviño	Dr. Rubén Tiburcio Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM- SMR-CA-MP-04
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	4.- Procedimiento para la atención subsecuente al paciente en el laboratorio de Andrología		Hoja: 4 de 10


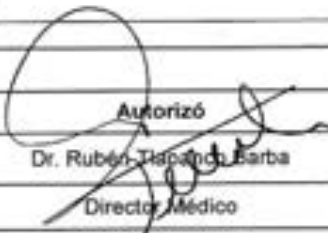
4.0 Descripción del procedimiento



Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0 Emisión de Instrucción	1.1 Instruye a la Subdirección de Medicina Reproductiva, lleve a cabo el procedimiento para la atención subsecuente del paciente en el laboratorio de Andrología.	Dirección Médica
2.0 Recepción y transmisión de Instrucción	2.1 Recibe instrucción y solicita a la Coordinación de Andrología proporcionar atención subsecuente al paciente en el laboratorio de Andrología.	Subdirección de Medicina Reproductiva
3.0 Recepción de instrucción	3.1 Recibe instrucción de proporcionar atención subsecuente al paciente en el Laboratorio de Andrología. 3.2 Indica al personal del Laboratorio de Andrología, atender consultas subsecuentes, de acuerdo a la solicitud de consulta externa de Andrología.	Coordinación de Andrología
4.0 Recepción de paciente	4.1 Recibe al paciente y verifica el tipo de examen a realizar "Estudios Especiales de Andrología" (F-2101-01), "Solicitud de Estudios de Microbiología" (F-2430-05) o "Solicitud de Estudios de Endocrinología" (F-2130-01), de acuerdo a la solicitud extendida en la consulta externa de Andrología. 4.2 Solicita al paciente pase al laboratorio de Andrología. <ul style="list-style-type: none"> • F-2101-01 • F-2430-05 • F-2130-01 	Coordinación de Andrología

CONTROL DE EMISIÓN			
	Revisó	Autorizó	
Nombre	Dra. Mirna Gasset Echavarría	Dr. Fernando Cañío Gaviño	Dr. Rubén Ignacio Barba
Cargo-puesto	Coordinación de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09


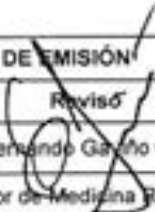

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerER-DM-SMR-CA-MP-04
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	4.- Procedimiento para la atención subsecuente al paciente en el laboratorio de Andrología		Hoja: 5 de 10

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
5.0 Recepción de paciente en laboratorio	<p>5.1 Recibe el personal de Laboratorio de Andrología (Química o Bióloga) al paciente y verifica que los datos de la solicitud sean correctos.</p> <p>¿Procede?</p> <p>No: Indica al paciente solicite la corrección correspondiente. Regresa a la actividad no 4</p> <p>Si: Continúa Procedimiento</p>	Coordinación de Andrología
6.0 Recolección y/o toma de muestras	<p>6.1 Entrega el personal de Laboratorio de Andrología recipiente y da indicaciones para recolección de muestra seminal o prepara al paciente para toma de muestra sanguínea, de acuerdo a la solicitud de estudios recibida del mismo.</p>	Coordinación de Andrología
7.0 Identificación de muestras	<p>7.1 Recibe el personal de Laboratorio de Andrología y/u obtiene las muestras seminal y sanguínea necesarias.</p> <p>7.2 Etiqueta el personal de Laboratorio de Andrología las muestras obtenidas para estudio o envío respectivamente.</p> <p>7.3 Verifica si el personal del Laboratorio de Andrología, programó cita subsecuente para entrega de resultados.</p>	Coordinación de Andrología

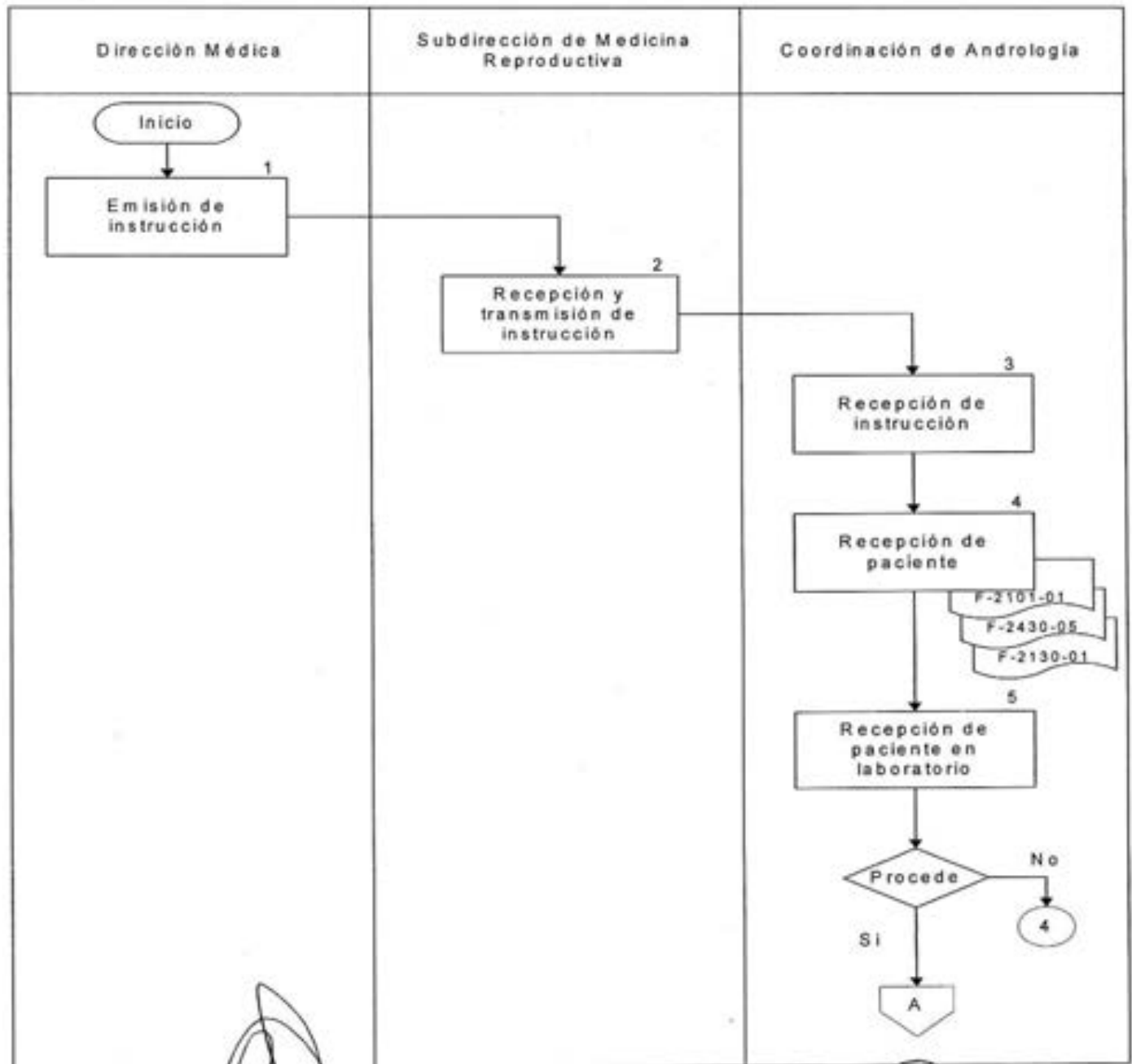
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Dra. Mirna González Pachavarría	Dr. Fernando Gaviño Gaviño	Dr. Rubén Tapacho Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM- SMR-CA-MP-04
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	4.- Procedimiento para la atención subsecuente al paciente en el laboratorio de Andrología		Hoja: 6 de 10



Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
8.0 Procesamiento y/o envío de muestras	<p>8.1 Procesa la muestra seminal obtenida, o bien la envía mediante formato "Solicitud de Estudios de Microbiología" (F-2430-05) para estudio correspondiente.</p> <p>8.2 Envía de ser el caso, la muestra seminal obtenida al laboratorio de Endocrinología, mediante formato "Solicitud de Estudios de Endocrinología" (F-2130-01) para los estudios correspondientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • F-2430-05 • F-2130-01 <p style="text-align: center;">TERMINA PROCEDIMIENTO</p>	Coordinación de Andrología


CONTROL DE EMISIÓN			
			
Nombre	Dra. Mima Guadalupe Echavarría	Dr. Fernando Gavito	Dr. Rubén Tapanco Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09


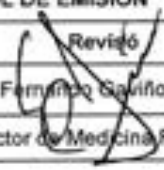
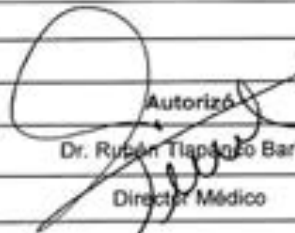
5.0 Diagrama de Flujo





CONTROL DE EMISIÓN		
	Revisó	Autorizó
Nombre	Dra. Mima Correa de Navarro	Dr. Rubén De Pancho Riba
Cargo-puesto	Coordinación de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva
Firma		Director Médico
Fecha	05-11-08	30-07-09

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM- SMR-CA-MP-04
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	4.- Procedimiento para la atención subsecuente al paciente en el laboratorio de Andrología		Hoja: 8 de 10

Dirección Médica	Subdirección de Medicina Reproductiva	Coordinación de Andrología
		

CONTROL DE EMISIÓN			
			
Nombre	Dra. Mirna González del Chavarría	Dr. Fernando Gavito Gavito	Dr. Rubén Tiapango Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM-SMR-CA-MP-04
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	4.- Procedimiento para la atención subsecuente al paciente en el laboratorio de Andrología		Hoja: 9 de 10

6.0 Documentos de referencia


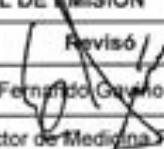

Documentos	Código (cuando aplique)
Ley de los Institutos Nacionales de Salud	No Aplica
Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	No Aplica
Guía Técnica para la Elaboración de Manual de Procedimientos de la Secretaría de Salud	REV. 5 02/08 02-08
Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes	No Aplica
Manual de Organización Especifico del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes	No Aplica

7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
"Estudios Especiales de Andrología"	5 Años	Servicio de Archivo Clínico	F-2101-01
"Solicitud de Estudios de Microbiología"	5 Años	Servicio de Archivo Clínico	F-2430-05
" Solicitud de Estudios de Endocrinología"	5 Años	Servicio de Archivo Clínico	F-2130-01

8.0 Glosario

- 8.1 **Espermatobioscopia directa:** Examen seminal en el que se identifican las características de los espermatozoides y otros componentes celulares y del plasma seminal.
- 8.2 **Espermocultivo:** Examen seminal para identificar organismos microbiológicos patógenos infectantes.
- 8.3 **Pruebas hormonales:** Pruebas endocrinológicas para evaluación del eje hipotálamo-hipófisis-testículo.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Dra. Mirna Cecilia Echavarría	Dr. Fernando Gavino Gaviño	Dr. Rubén Espinosa Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerER-DM- SMR-CA-MP-04
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	4.- Procedimiento para la atención subsecuente al paciente en el laboratorio de Andrología		Hoja: 10 de 10

9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
4	15-08-09	Actualización

10.0 Anexos

- 10.1 Estudios Especiales de Andrología (F-2101-01)
- 10.2 Solicitud de Estudios de Microbiología (F-2430-05)
- 10.3 Solicitud de Estudios de Endocrinología (F-2130-01)

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Dra. Mirna Guadalupe Sotomayor Salas	Dr. Fernando Gaviño Gaviño	Dr. Rubén Tapasco Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA REPRODUCTIVA
ANDROLOGÍA

Nombre: (1) _____
Registro: (2) _____

PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN	3509	___ MAR	3518	___ Criopreservación por muestra
3501 <input type="checkbox"/> Análisis Seminal Completo	3510	___ Inmunobeads	3519	___ Almacenaje Criopreservación Anual
<input type="checkbox"/> Análisis Seminal Parcial:	<input type="checkbox"/> Integridad de Membrana:			
3502 ___ Densidad Espermática	3511 ___ Reacción Acrosomal			(5) CLAVES QUIRÚRGICAS
3503 ___ Motilidad	3512 ___ Prueba Hiposmótica		3522	___ Varicocelelectomía
3504 ___ Viabilidad	3514 ___ Prueba de Capacitación Esperma		3523	___ Anastomosis de Vasos deferentes(Vaso Vaso Anastomosis)
3505 ___ Morfología			3524	___ Extracción Espermática Testicular
<input type="checkbox"/> Análisis Bioquímico:	3515 ___ Prueba de Viabilidad Espermática			
3507 ___ Fructuosa	3516 ___ Prueba de Refrigeración Espermática			
3508 ___ Ac. Cítrico	3517 ___ Prueba de Criopreservación Espermática			

(4) **ESTUDIOS ESPECIALES**

Anticuerpos Antiespermas (RMA):

(6) **Muestra:** Un eyaculado Doble eyaculado Eyaculado fraccionado Orina posteyaculado

Biopsia Testicular Observaciones: _____

Cónyuge: (7) _____ Fecha del estudio: (8) _____ Hora del estudio: 7:30 a.m.

Diagnóstico: (9) _____

Médico solicitante: (10) _____ Clave: _____ Firma: _____

2101-01



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA REPRODUCTIVA
ANDROLOGÍA

Nombre: _____
Registro: _____

PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN	3509	___ MAR	3518	___ Criopreservación por muestra
3501 <input type="checkbox"/> Análisis Seminal Completo	3510	___ Inmunobeads	3519	___ Almacenaje Criopreservación Anual
<input type="checkbox"/> Análisis Seminal Parcial:	<input type="checkbox"/> Integridad de Membrana:			
3502 ___ Densidad Espermática	3511 ___ Reacción Acrosomal			CLAVES QUIRÚRGICAS
3503 ___ Motilidad	3512 ___ Prueba Hiposmótica		3522	___ Varicocelelectomía
3504 ___ Viabilidad	3514 ___ Prueba de Capacitación Esperma		3523	___ Anastomosis de Vasos deferentes(Vaso Vaso Anastomosis)
3505 ___ Morfología			3524	___ Extracción Espermática Testicular
<input type="checkbox"/> Análisis Bioquímico:	3515 ___ Prueba de Viabilidad Espermática			
3507 ___ Fructuosa	3516 ___ Prueba de Refrigeración Espermática			
3508 ___ Ac. Cítrico	3517 ___ Prueba de Criopreservación Espermática			

Muestra: Un eyaculado Doble eyaculado Eyaculado fraccionado Orina posteyaculado

Biopsia Testicular Observaciones: _____

Cónyuge: _____ Fecha del estudio: _____ Hora del estudio: 7:30 a.m.

Diagnóstico: _____

Médico solicitante: _____ Clave: _____ Firma: _____

2101-01

INSTRUCCIONES Estrictas
PARA ANÁLISIS SEMINAL

1. Abstenerse de relaciones sexuales de 3 a 6 días.
2. Eliminar orina.
3. Aseo genital con jabón y abundante agua.
4. La muestra se colectará en el laboratorio de Andrología, ubicado en el tercer piso de la Torre de Investigación de este Instituto.
5. Asistir **PUNTUALMENTE** a su cita a fin de evitar cancelación (7:30 a 8:45 hrs.).
6. Presentar credencial oficial vigente y con fotografía.
7. Por ningún motivo se recibirán muestras que no lleven anexa la requisición del examen a realizar y el recibo de pago correspondiente.

DE NO CUMPLIR CON LO ANTERIOR, SU CITA SE CANCELARÁ Y REPROGRAMARÁ POSTERIORMENTE.

“ANDROLOGÍA 3er PISO DE LA TORRE DE INVESTIGACIÓN”

INSTRUCCIONES Estrictas
PARA ANÁLISIS SEMINAL

1. Abstenerse de relaciones sexuales de 3 a 6 días.
2. Eliminar orina.
3. Aseo genital con jabón y abundante agua.
4. La muestra se colectará en el laboratorio de Andrología, ubicado en el tercer piso de la Torre de Investigación de este Instituto.
5. Asistir **PUNTUALMENTE** a su cita a fin de evitar cancelación (7:30 a 8:45 hrs.).
6. Presentar credencial oficial vigente y con fotografía.
7. Por ningún motivo se recibirán muestras que no lleven anexa la requisición del examen a realizar y el recibo de pago correspondiente.

DE NO CUMPLIR CON LO ANTERIOR, SU CITA SE CANCELARÁ Y REPROGRAMARÁ POSTERIORMENTE.

“ANDROLOGÍA 3er PISO DE LA TORRE DE INVESTIGACIÓN”

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
 DIRECCION DE INVESTIGACION
 SUBDIRECCION DE INVESTIGACION CLINICA
 DEPTO. DE INFECTOLOGIA E INMUNOLOGIA PERINATAL
MICROBIOLOGIA

Nombre: (1)

Registro:

- | | | |
|---|--|--|
| 2201 <input type="checkbox"/> Hemocultivo | 2218 <input type="checkbox"/> Cult. de Secreción de Herida | 2235 <input type="checkbox"/> Tinción Baar Líq. Peritoneal |
| 2202 <input type="checkbox"/> Cult. de Líq. Cefalorraquideo | 2219 <input type="checkbox"/> Cult. de Aspiración Celulitis | 2236 <input type="checkbox"/> Tinción Baar B/ Endometrio |
| 2203 <input type="checkbox"/> Cult. de Exudado Nasal | 2220 <input type="checkbox"/> Cult. P/Asp. de Tej. Blandos | 2237 <input type="checkbox"/> Tinción Baar Biopsia Trompas |
| 2204 <input type="checkbox"/> Cult. de Exudado Nasofaríngeo | 2221 <input type="checkbox"/> Cult. de Abse. Intrabdominal | 2238 <input type="checkbox"/> Tinción Baar Tejidos Blandos |
| 2205 <input type="checkbox"/> Cult. Faringeo | 2222 <input type="checkbox"/> Cult. de Absceso Hepático | 2239 <input type="checkbox"/> C.P.S. en Fresco |
| 2206 <input type="checkbox"/> Cult. de Secreción Otica | 2223 <input type="checkbox"/> Cult. de Secr. de Articulación | 2240 <input type="checkbox"/> C.P.S. en Concentrado |
| 2207 <input type="checkbox"/> Cult. de Secreción Conjuntival | 2224 <input type="checkbox"/> Cult. de Secr. Uretral | 2242 <input type="checkbox"/> Frotis en Fresco |
| 2208 <input type="checkbox"/> Cult. de Aspirado Bronquial(2) | 2225 <input type="checkbox"/> Cult. de Biopsia de Hígado | 2243 <input type="checkbox"/> Frotis de Gram |
| 2209 <input type="checkbox"/> Cult. de Líq. Pleural | 2226 <input type="checkbox"/> Cult. de Biopsia de Pulmón | 2245 <input type="checkbox"/> Cult. Esp. Ureaplasma |
| 2210 <input type="checkbox"/> Cult. de Aspirado Gástrico | 2227 <input type="checkbox"/> Cult. de Baar en Espudo | 2246 <input type="checkbox"/> Cult. Esp. Listeria |
| 2211 <input type="checkbox"/> Cult. de Aspirado Duodenal | 2228 <input type="checkbox"/> Cult. de Baar en Orina | 2247 <input type="checkbox"/> Coaglutinación |
| 2212 <input type="checkbox"/> Coprocultivo | 2229 <input type="checkbox"/> Cult. de Baar en L.Peritoneal | 2248 <input type="checkbox"/> Cult. de Punta de Catéter |
| 2213 <input type="checkbox"/> Urocultivo | 2230 <input type="checkbox"/> Cult. de Baar en B/Endometrio | 2249 <input type="checkbox"/> Cult. de Secreción Umbilical |
| 2214 <input type="checkbox"/> Espermocultivo | 2231 <input type="checkbox"/> Cult. de Baar en B/Trompas | 2250 <input type="checkbox"/> Cult. Especial de Mycoplasma |
| 2215 <input type="checkbox"/> Cult. de Exudado Cervicovaginal | 2232 <input type="checkbox"/> Cult. de Baar en T/Ganglionar | 2251 <input type="checkbox"/> Cult. De Baar en Semen |
| 2216 <input type="checkbox"/> Cult. de Cavidad Uterina | 2233 <input type="checkbox"/> Tinción para Baar en Espudo | |
| 2217 <input type="checkbox"/> Cult. de Líq. de Ascitis | 2234 <input type="checkbox"/> Tinción para Baar en Orina | |

Fecha: (3) Edad: (4) Edad Gestacional: (5) semanas Diagnóstico: (6)

Núm. de protocolo: (7) Nombre de protocolo: (8)

Médico solicitante: (9) Clave: (10) Firma:

Servicio solicitante: (11) Cama: (12)

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

MICROBIOLOGÍA(F-2430-05)

NO.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	RECUADRO SUP. DERECHO	Nombre del paciente empezando por apellido paterno y número de expediente hospitalario
2	MICROBIOLOGÍA CUADRO CENTRAL	Tipo de estudio solicitado
3	FECHA	La fecha en que solicita el estudio
4	EDAD	Años cumplidos de la paciente
5	EDAD GESTACIONAL	Edad del embarazo de la paciente en semanas, con base a la fecha de su última menstruación
6	DIAGNOSTICO	El diagnóstico o padecimiento actual de la paciente
7	NUMERO DE PROTOCOLO	Número interno de identificación del protocolo de investigación en el que está incluida la paciente
8	NOMBRE DEL PROTOCOLO	Nombre específico del protocolo de investigación en el que está incluida la paciente
9	MÉDICO SOLICITANTE	Nombre del médico que solicita el estudio
10	CLAVE/ FIRMA	La clave médica de empleado del médico solicitante y firma
11	SERVICIO SOLICITANTE	Área o Servicio que solicita el estudio
12	CAMA	Número de cama que ocupa la paciente, si estuviera hospitalizada



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA REPRODUCTIVA
ENDOCRINOLOGÍA

(1)

(2)

2001 <input type="checkbox"/> HORMONA LUTEINIZANTE	2009 <input type="checkbox"/> TIROTROPINA	2018 <input type="checkbox"/> ANTICUERPOS ANTITIROGLOBULINA
2002 <input type="checkbox"/> HORMONA FOLICULOESTIMULANTE (4)	2010 <input type="checkbox"/> TESTOSTERONA LIBRE	2019 <input type="checkbox"/> ANTICUERPOS ANTIMICROSOMALES
2003 <input type="checkbox"/> ESTRADIOL	2011 <input type="checkbox"/> INSULINA	2020 <input type="checkbox"/> HEMOGLOBINA GLICOSILADA
2004 <input type="checkbox"/> PROGESTERONA	2012 <input type="checkbox"/> DHEA - S	
2005 <input type="checkbox"/> PROLACTINA	2013 <input type="checkbox"/> ANDROSTENDIONA	
2006 <input type="checkbox"/> SUB. U. BETA DE GONAD. CORIÓNICA	2015 <input type="checkbox"/> TIROXINA LIBRE	
2007 <input type="checkbox"/> 17 ALFA HIDROXIPROGESTERONA	2016 <input type="checkbox"/> CORTISOL	
2008 <input type="checkbox"/> TRIYODOTIRONINA TOTAL	2017 <input type="checkbox"/> ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINA	

FECHA (3) _____ EDAD (4) _____ EDAD GEST. (5) _____ SEMANAS

DIAGNÓSTICO (6) _____

NUM. DE PROTOCOLO (7) _____ NOMBRE (8) _____

MÉDICO SOLICITANTE (9) _____ CLAVE (10) _____

SERVICIO SOLICITANTE (11) _____ CAMA (12) _____

2130-01

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO



"ENDOCRINOLOGÍA "(F-2130-01)

NO.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	RECUADRO SUP. DERECHO	Nombre del paciente empezando por apellido paterno y número de expediente hospitalario
2	CUADRO CENTRAL	Tipo de estudio solicitado
3	FECHA	La fecha en que solicita el estudio
4	EDAD	Años cumplidos de la paciente
5	EDAD GEST/SEMANAS	Edad del embarazo de la paciente en semanas, con base a la fecha de su última menstruación
6	DIAGNÓSTICO	El diagnóstico o padecimiento actual de la paciente
7	NÚM. PROTOCOLO	Número interno de identificación del protocolo de investigación en el que está incluida la paciente
8	NOMBRE PROTOCOLO DEL	Nombre específico del protocolo de investigación en el que está incluida la paciente
9	MÉDICO SOLICITANTE	Nombre del médico que solicita el estudio
10	CLAVE	La clave médica de empleado del médico solicitante
11	SERVICIO SOLICITANTE	Área o Servicio que solicita el estudio
12	CAMA	Número de cama que ocupa la paciente, si estuviera hospitalizada

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM-SMR-CA-MP-05
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	5.- Procedimiento para la atención subsecuente del paciente en Consulta Externa		Hoja: 1 de 7

5.- PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN SUBSECUENTE DEL PACIENTE EN CONSULTA EXTERNA

CONTROL DE EMISION			
	Revisó	Autorizó	
Nombre	Dra. Mirta del Salvo Echavarría Sánchez	Dr. Fernando Calviño Calviño	Dr. Rubén Tapante Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM- SMR-CA-MP-05
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	5.- Procedimiento para la atención subsecuente del paciente en Consulta Externa		Hoja: 2 de 7

1.0 Propósito

1.1 Evaluar el estado clínico del paciente posterior al tratamiento indicado y analizar los estudios paraclínicos solicitados para las consultas subsecuentes; con la finalidad de evaluar el diagnóstico y tratamiento y decidir si continúa o amerita tratamiento subsecuente en consulta externa por parte de la Coordinación de Andrología

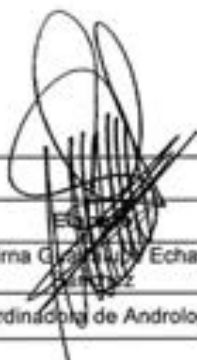
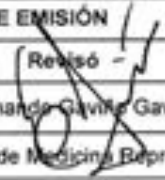
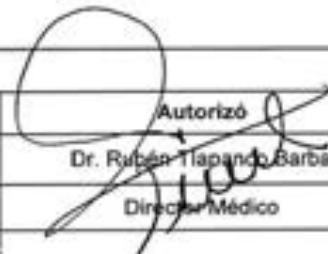
2.0 Alcance



- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica y a la Subdirección de Medicina Reproductiva (Coordinación de Andrología).
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a los pacientes varones de las parejas evaluadas por problemas en salud reproductiva que acuden para su atención al Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

3.1 Será responsabilidad de la Dirección Médica a través de la Subdirección de Medicina Reproductiva verificar que la Coordinación de Andrología cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Proporcionar consulta subsecuente a los pacientes varones de las parejas evaluadas por problemas en salud reproductiva que acuden para su atención al Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.
- Evaluar el estado clínico del paciente y verificar su evolución de acuerdo al tratamiento sugerido.
- Sugerir la continuación o el cambio de tratamiento de acuerdo a las evaluaciones clínicas y paraclínicas realizadas.
- Decidir si las condiciones del paciente hacen necesaria la intervención de un procedimiento de Reproducción Asistida o Quirúrgico.
- Solicitar de acuerdo al caso los exámenes complementarios necesarios.
- Informar al paciente sobre su estado real de salud, la necesidad de consultas posteriores, de interconsultas en otras instituciones del Sector Salud, así como la justificación de futuros estudios dentro del Instituto o apoyados en otras instituciones del Sector Salud.

CONTROL DE EMISIÓN			
Nombre	Dra. Mirna G. Echavarría	Revisó - Dr. Fernando Gavino Gavino	Autorizó Dr. Rubén Tapando Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM-SMR-CA-MP-05
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	5.- Procedimiento para la atención subsecuente del paciente en Consulta Externa		Hoja: 3 de 7

4.0 Descripción del procedimiento



Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0 Emisión de Instrucción	1.1 Instruye a la Subdirección de Medicina Reproductiva, lleve a cabo el procedimiento para la atención del paciente subsecuente en Consulta Externa.	Dirección Médica
2.0 Recepción y transmisión de Instrucción	2.1 Recibe instrucción y solicita a la Coordinación de Andrología proporcione atención subsecuente en Consulta Externa a los pacientes varones con problemas en salud reproductiva.	Subdirección de Medicina Reproductiva
3.0 Recepción de paciente	3.1 Recibe instrucción. 3.2 Recibe al paciente en consulta externa y le solicita el "Carnet de Citas" (F-2240-18). 3.2 Verifica que se encuentre en el consultorio el Expediente Clínico del paciente. <ul style="list-style-type: none"> • F-2240-18 • Expediente Clínico 	Coordinación de Andrología
4.0 Evaluación del estado clínico del paciente	4.1 Evalúa el Médico Adscrito de la Coordinación de Andrología, el estado clínico del paciente, con ayuda del Expediente Clínico. <ul style="list-style-type: none"> • Expediente Clínico 	Coordinación de Andrología
5.0 Valoración para continuidad de tratamiento	5.1 Valora el Médico Adscrito de la Coordinación de Andrología la necesidad de continuar con tratamiento. ¿Procede? No: Determina alta al paciente. TERMINA PROCEDIMIENTO Si: Continúa Procedimiento	Coordinación de Andrología

CONTROL DE EMISIÓN			
	Revisó	Autorizó	
Nombre	Dra. Mirna G. Echavarría	Dr. Fernando Gavino Gavino	Dr. Rubén Tapasco Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

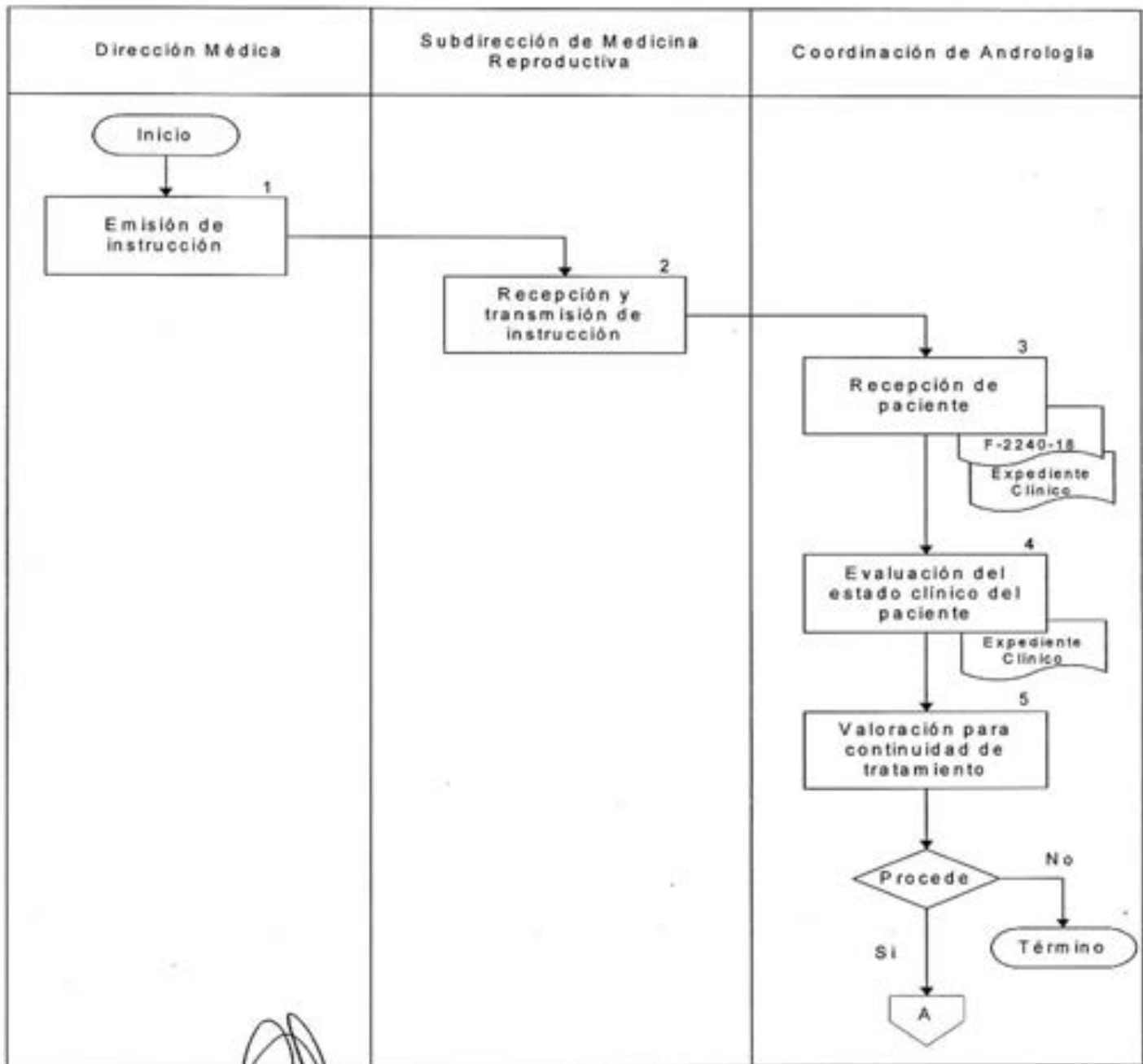
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM-SMR-CA-MP-05
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	5.- Procedimiento para la atención subsecuente del paciente en Consulta Externa		Hoja: 4 de 7

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
6.0 Indicación de tratamiento a seguir	<p>6.1 Indica al paciente el tratamiento a seguir de acuerdo a su caso en particular.</p> <p>6.2 Solicita con ayuda de los formatos correspondientes la realización de exámenes de laboratorio pertinentes.</p>	Coordinación de Andrología
7.0 Programación de cita subsecuente	<p>7.1 Programa con ayuda de "Carnet de Citas" (F-2240-18), cita subsecuente en consulta externa de Andrología para seguimiento del caso.</p> <ul style="list-style-type: none"> F-2240-18 <p style="text-align: center;">TERMINA PROCEDIMIENTO</p>	Coordinación de Andrología

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Dra. Mima Guadalupe Olavarría Sánchez	Dr. Fernando Gaviño Gaviño	Dr. Rubén Tapasco Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 INPerIER	INPerIER-DM-SMR-CA-MP-05
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	5.- Procedimiento para la atención subsecuente del paciente en Consulta Externa		Hoja: 5 de 7

5.0 Diagrama de Flujo





CONTROL DE EMISIÓN		
Nombre	Revisó	Autorizó
Dra. Mima Guadalupe Echavarría	Dr. Fernando Gavito Gavito	Dr. Rubén Espinoza Barba
Coordinación de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Dirección Médica
Firma		
Fecha	05-11-08	30-07-09
		15-08-09

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerER-DM-SMR-CA-MP-05
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	5.- Procedimiento para la atención subsecuente del paciente en Consulta Externa		Hoja: 6 de 7

Dirección Médica	Subdirección de Medicina Reproductiva	Coordinación de Andrología
		<pre> graph TD A{{A}} --> B[6 Indicación de tratamiento a seguir] B --> C[7 Programación de cita subsecuente] D[F-2240-18] -.-> BC[] C --> E([Término]) </pre>

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Dra. Mirna Guadalupe Zúñiga Salazar	Dr. Fernando Gavilán Gavilán	Dr. Rubén Yapanza Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM- SMR-CA-MP-05
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	5.- Procedimiento para la atención subsecuente del paciente en Consulta Externa		Hoja: 7 de 7

6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
Ley de los Institutos Nacionales de Salud	No Aplica
Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	No Aplica
Guía Técnica para la Elaboración de Manual de Procedimientos de la Secretaría de Salud	REV. 5 02/08 02-08
Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes	No Aplica
Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes	No Aplica

7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
"Carnet de Citas"	No Aplica	Paciente	F-2240-18
Expediente Clínico	5 años	Servicio de Archivo Clínico	No Aplica

8.0 Glosario

8.1 **Andrología:** Rama de la Medicina que estudia la función reproductiva masculina.

8.2 **Estudio paraclínico:** Todo examen de laboratorio o gabinete que ayuda a integrar el diagnóstico del paciente.


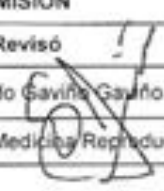

9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
4	15-08-09	Actualización

10.0 Anexos



10.1 Carnet de citas

(F-2240-18)

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Dra. Mima Guadalupe Alvarría Sánchez	Dr. Fernando Gavino Gavino	Dr. Rubén Tapasco Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09



**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
"CARNET DE CITAS" (2240-18)**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE, REGISTRO Y NIVEL	El nombre completo de la paciente, el número de su expediente y el nivel socioeconómico asignado por el departamento de trabajo Social.
2	CARNET DE CITAS	El nombre completo de la trabajadora social del instituto que atendió a la paciente.
3	FECHA	La fecha, mes y año de elaboración del carnet de la paciente.
4	FECHA-HORA	El día, mes y hora de la próxima consulta.
5	SERVICIO	El área médica donde se atenderá a la paciente.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM- SMR-CA-MP-06
	Subdirección de Medicina Reproductiva		Rev. 4
	6.- Procedimiento para la atención quirúrgica del paciente		Hoja: 1 de 16

6.- PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA DEL PACIENTE

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Dra. Mirna Guadalupe Escobar Sánchez	Dr. Fernando Gaviño Gaviño	Dr. Rubén Tlapanco Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM- SMR-CA-MP-06
	Subdirección de Medicina Reproductiva		Rev. 4
	6.- Procedimiento para la atención quirúrgica del paciente		Hoja: 2 de 16

1.0 Propósito

1.1 Dar tratamiento quirúrgico en patologías que así lo ameriten, a la población masculina enviada mediante solicitud de interconsulta para evaluación clínica, por problemas de fertilidad, disfunciones sexuales y/o problemas relacionados a hipogonadismo tardío, provenientes de algunos de los Departamentos o clínicas integradas en la Subdirección de Medicina Reproductiva o en su caso de alguna otra Subdirección dentro del Instituto; con la finalidad de obtener una mejoría clínica, como estrategia terapéutica necesaria para mejorar su calidad de vida dentro del marco de su problema de salud.

2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica y a la Subdirección de Medicina Reproductiva (Coordinación de Andrología).
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a los pacientes con problemas en salud reproductiva, referidos a la Coordinación de Andrología del INPerIER, en quienes se documente la presencia de varicocele, azoospermia, hidrocele, con la finalidad de que mediante la realización de estudios específicos se determine el tipo de evento quirúrgico a realizar.

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos



3.1 Será responsabilidad de la Dirección Médica a través de la Subdirección de Medicina Reproductiva verificar que la Coordinación de Andrología cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Detectar en la consulta andrológica a los pacientes que ameriten procedimiento por problemas relacionados a la salud reproductiva.
- Otorgar consulta médica andrológica a pacientes masculinos referidos por los Departamentos y Coordinaciones pertenecientes a la Subdirección de Medicina Reproductiva; con problemas en salud reproductiva.
- Determinar el tipo de evento quirúrgico a realizar, de acuerdo a la sintomatología y características propias de cada paciente:

VARICOCELECTOMÍA

- alteración en la calidad espermática, documentada con estudios "Solicitud de Estudios Líquidos Biológicos" (F-2430-16) o "Estudios Especiales de Andrología" (F-2101-01), realizados en el INPerIER.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Dra. Mirna Guadalupe Echevarría Sánchez	Dr. Fernando Gavino Gavino	Dr. Rubén Darío Balsa
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM-SMR-CA-MP-06
	Subdirección de Medicina Reproductiva		Rev. 4
	6.- Procedimiento para la atención quirúrgica del paciente		Hoja: 3 de 16

- o alteración en los perfiles hormonales documentada con "Solicitud de Estudios de Endocrinología" (F-2130-01), realizados en el INPerIER (hormonas: luteinizante, folículoestimulante, testosterona, estradiol y prolactina).
- o pacientes con varicocele uni o bilateral documentado por "Historia Clínica de Andrología" (F-2101-07).
- o pacientes con datos de hipotrofia testicular y/u obstrucción de las vías seminales, documentado con "Ultrasonido Adultos" (F-2410-13).

BIOPSIA TESTICULAR

- o azoospermia y/u oligozoospermia severa, documentada mediante 2 o 3 estudios "Solicitud de Estudios Líquidos Biológicos" (F-2430-16) o "Estudios Especiales de Andrología" (F-2101-01), realizados en el INPerIER.
- o alteración en los perfiles hormonales documentada con "Solicitud de Estudios de Endocrinología" (F-2130-01), realizados en el INPerIER (hormonas: luteinizante, folículoestimulante, testosterona, estradiol y prolactina).


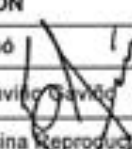
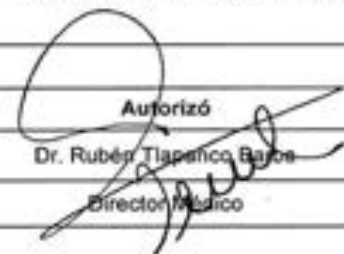
HIDROCELECTOMÍA



- o alteraciones en la calidad espermática, documentada con estudios "Solicitud de Estudios Líquidos Biológicos" (F-2430-16) o "Estudios Especiales de Andrología" (F-2101-01), realizados en el INPerIER.
- o pacientes con hidrocele uni o bilateral documentado por "Historia Clínica de Andrología" (F-2101-07).
- o pacientes con hidrocele uni o bilateral documentado por "Ultrasonido Adultos" (F-2410-13).

VASOVASOSTOMÍA

- o azoospermia obstructiva documentada con "Solicitud de Estudios Líquidos Biológicos" (F-2430-16), "Estudios Especiales de Andrología" (F-2101-01), "Historia Clínica de Andrología" (F-2101-07) y/o con "Solicitud de Estudios de Endocrinología" (F-2130-01), realizados en el INPerIER.

- Proporcionar al paciente, en la consulta externa de Andrología, la información necesaria y detallada del padecimiento, incluyendo los beneficios perseguidos así como los posibles riesgos y complicaciones del procedimiento.
- Evaluar el estado prequirúrgico de los pacientes mediante la solicitud de los siguientes estudios de laboratorio: "Solicitud de Estudios Hematología" (F-2430-14) y "Solicitud de Estudios de Bioquímica" (F-2430-16).


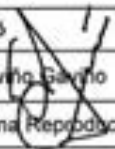
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Dra. Mirna Guadalupe Chavarría	Dr. Fernando Gavino Gavino	Dr. Rubén Tlapalco Baeza
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM-SMR-CA-MP-06
	Subdirección de Medicina Reproductiva		Rev. 4
	6.- Procedimiento para la atención quirúrgica del paciente		Hoja: 4 de 16

- Realizar evaluación preanestésica al paciente en caso de ser necesario.
- Realizar previo al evento quirúrgico, estudio microbiológico seminal y urinario, mediante formato "Solicitud de Estudios de Microbiología" (F-2430-05) para descartar la presencia de proceso infeccioso no relacionado al padecimiento base, pero que pueda poner en riesgo el microambiente hospitalario en el cual se realice el procedimiento quirúrgico.
- Certificar "Carta de Consentimiento Informado" (F-2220-22) y "Solicitud de Operación" (F-2250-11); con aclaración de:
 - a) técnica a realizar
 - b) resolución de dudas que presente el paciente.
- Otorgar al paciente "Solicitud de Internamiento" (F-2200-01)
- Informar al paciente, con ayuda del formato "Varicocelectomía" (F-2101-12), "Biopsia Testicular" (F-2101-05), "Carta de Información para Pacientes de Procedimientos Quirúrgicos de la Coordinación de Andrología (Hidrocele)" (F-2101-14) o "Carta de Información para Pacientes de Procedimientos Quirúrgicos de la Coordinación de Andrología (Vasovasostomosis)" (F-2101-13), respectivamente, las condiciones en las que debe presentarse el día programado para la realización del procedimiento quirúrgico.
- Enviar al paciente al área de recuperación, una vez concluido el procedimiento quirúrgico y vigilar sus constantes vitales y la presencia / ausencia de datos de reflejo vagal durante 30 / 40 minutos.

3.2 Será responsabilidad del paciente cumplir con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Seguir las indicaciones proporcionadas por el personal de la Coordinación de Andrología para su atención médico quirúrgica y minimizar el riesgo de complicaciones.
- Presentarse bañado, con tricotomía de la zona quirúrgica, ayuno de ocho horas y acompañado por un familiar.



CONTROL DE EMISIÓN			
			
Nombre	Dra. Miriam Guadalupe Echavarría Echavarría	Dr. Fernando Gavino Gavino	Dr. Rubén Espinosa Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM-SMR-CA-MP-06
	Subdirección de Medicina Reproductiva		Rev. 4
	6.- Procedimiento para la atención quirúrgica del paciente		Hoja: 5 de 16

4.0 Descripción del procedimiento



Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0 Emisión de instrucción	1.1 Instruye a la Subdirección de Medicina Reproductiva lleve a cabo el procedimiento para la atención quirúrgica del paciente.	Dirección Médica
2.0 Recepción y transmisión de instrucción	2.1 Recibe instrucción y solicita a la Coordinación de Andrología, atienda a los pacientes con problemas en salud reproductiva referidos por los departamentos y coordinaciones de la misma Subdirección mediante "Solicitud de Interconsulta" (F-2240-15). • F-2240-15	Subdirección de Medicina Reproductiva
3.0 Recepción de paciente	3.1 Recibe al paciente y verifica la "Solicitud de Interconsulta" (F-2240-15) y el diagnóstico presuntivo del médico tratante. • F-2240-15	Coordinación de Andrología
4.0 Valoración de atención	4.1 Valora de acuerdo al diagnóstico presuntivo del médico tratante, la atención del paciente en el INPerIER. ¿Procede? No: Informa al paciente los motivos. TERMINA PROCEDIMIENTO Si: Continúa procedimiento	Coordinación de Andrología

CONTROL DE EMISIÓN			
Nombre	Cargo-puesto	Revisó	Autorizó
Dra. Mima Gaitaneri Echevarría	Coordinadora de Andrología	Dr. Fernando Gavilán Gavilán	Dr. Rubén Tiagando Barba
		Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09


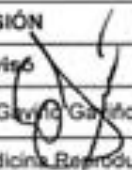
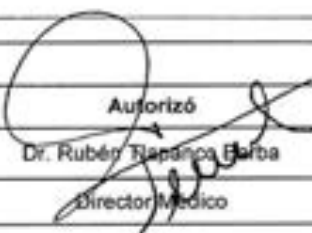
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM-SMR-CA-MP-06
	Subdirección de Medicina Reproductiva		Rev. 4
	6.- Procedimiento para la atención quirúrgica del paciente		Hoja: 6 de 16

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
5.0 Solicitud de exámenes	<p>5.1 Informa al paciente sobre los exámenes paraclínicos necesarios para confirmar el diagnóstico presuntivo y estar en posibilidad de determinar el evento quirúrgico al que se deberá someter.</p> <p>5.2 Entrega al paciente solicitud y formatos: "Solicitud de Estudios Hematología" (F-2430-14), "Solicitud de Estudios de Bioquímica" (F-2430-18), así como "Solicitud de Estudios de Microbiología" (F-2430-05), para exámenes paraclínicos y le solicita los programe en laboratorio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • F-2430-14 • F-2430-18 • F-2430-05 	Coordinación de Andrología
6.0 Programación de exámenes y cita de 1ra. vez	<p>6.1 Programa al paciente cita en el Laboratorio de Andrología con formato "Estudios Especiales de Andrología" (F-2101-01) y "Solicitud de Estudios de Microbiología" (F-2430-05), para la realización de exámenes.</p> <p>6.2 Anota en "Carnet de Citas" (F-2240-18), cita en la Consulta Externa de Andrología.</p> <ul style="list-style-type: none"> • F-2101-01 • F-2430-05 • F-2240-18 	Coordinación de Andrología
7.0 Realización de consulta subsecuente	<p>7.1 Realiza en la Consulta Externa de Andrología, integración de "Historia Clínica de Andrología" (F-2101-07) y "Notas de Evolución" (F-2250-07).</p> <p>7.2 Evalúa los datos semiológicos obtenidos de los estudios para clínicos solicitados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • F-2101-07 • F-2250-07 	Coordinación de Andrología

CONTROL DE EMISIÓN			
Nombre	Revisó	Autorizó	
Dra. Miryam López Echavarría	Dr. Fernando Gavito Gavito	Dr. Rubén Tiapanca Barba	
Coordinación de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico	
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM- SMR-CA-MP-06
	Subdirección de Medicina Reproductiva		Rev. 4
	6.- Procedimiento para la atención quirúrgica del paciente		Hoja: 7 de 16

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
8.0 Integración de diagnóstico	<p>8.1 Integra diagnóstico y valora la necesidad de realizar evento quirúrgico.</p> <p>¿Procede? No: Proporciona tratamiento y/o consejería. TERMINA PROCEDIMIENTO Si: Continúa procedimiento</p>	Coordinación de Andrología
9.0 Programación de cirugía	<p>9.1 Informa al paciente sobre el procedimiento que se le va a realizar y le solicita firma de autorización en "Carta de Consentimiento Informado" (F-2220-22).</p> <p>9.2 Programa cirugía y requisita formato "Solicitud de Operación" (F-2250-11).</p> <ul style="list-style-type: none"> • F-2220-22 • F-2250-11 	Coordinación de Andrología
10.0 Entrega de documentos	<p>10.1 Indica al paciente la fecha y hora en que se llevará a cabo el procedimiento quirúrgico y le entrega "Solicitud de Internamiento" (F-2200-01), "Estudios Especiales de Andrología" (F-2101-01), así como formato "Varicocelelectomía" (F-2101-12), "Biopsia Testicular" (F-2101-05), "Carta de Información para Pacientes de Procedimientos Quirúrgicos de la Coordinación de Andrología (Hidrocele)" (F-2101-14) o "Carta de Información para Pacientes de Procedimientos Quirúrgicos de la Coordinación de Andrología (Vasovasostomosis)" (F-2101-13), respectivamente (de acuerdo al procedimiento al que se le vaya a someter).</p> <ul style="list-style-type: none"> • F-2200-01 • F-2101-01 • F-2101-12 • F-2101-05 • F-2101-14 • F-2101-13 	Coordinación de Andrología

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Dra. Mirna G. Echavarría	Dr. Fernando Gavito Gavito	Dr. Rubén Tapasco Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM- SMR-CA-MP-06
	Subdirección de Medicina Reproductiva		Rev. 4
	6.- Procedimiento para la atención quirúrgica del paciente		Hoja: 8 de 16

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
11.0 Recepción de paciente para realización de procedimiento quirúrgico	11.1 Recibe al paciente en la fecha y hora indicadas; en el 3er. piso de hospitalización, en el Área de Reproducción Asistida y solicita a la enfermera, lo prepare para el procedimiento.	Coordinación de Andrología
12.0 Realización del procedimiento quirúrgico	12.1 Ingresa al paciente a quirófano de 3er. piso, en el Área de Reproducción Asistida, a fin de realizarle el procedimiento quirúrgico bajo anestesia local y/o sedación.	Coordinación de Andrología
13.0 Seguimiento	13.1 Envía al paciente, una vez concluido el procedimiento quirúrgico, al área de recuperación. 13.2 Vigila constantes vitales del paciente así como la presencia/ausencia de reflejo vagal.	Coordinación de Andrología
14.0 Valoración para el egreso	14.1 Valora el médico tratante el egreso del paciente de acuerdo a sus constantes vitales y la presencia/ausencia de reflejo vagal. ¿Procede? No: Regresa a la actividad no. 13 Si: Continúa procedimiento	Coordinación de Andrología
15.0 Egreso del paciente	15.1 Determina, una vez que el paciente se encuentra estable, su egreso. 15.2 Extiende "Receta Individual" (F-2250-20) y agrega las notas correspondientes en "Notas de Evaluación" (F-2250-07). • F-2250-20 • F-2250-07	Coordinación de Andrología

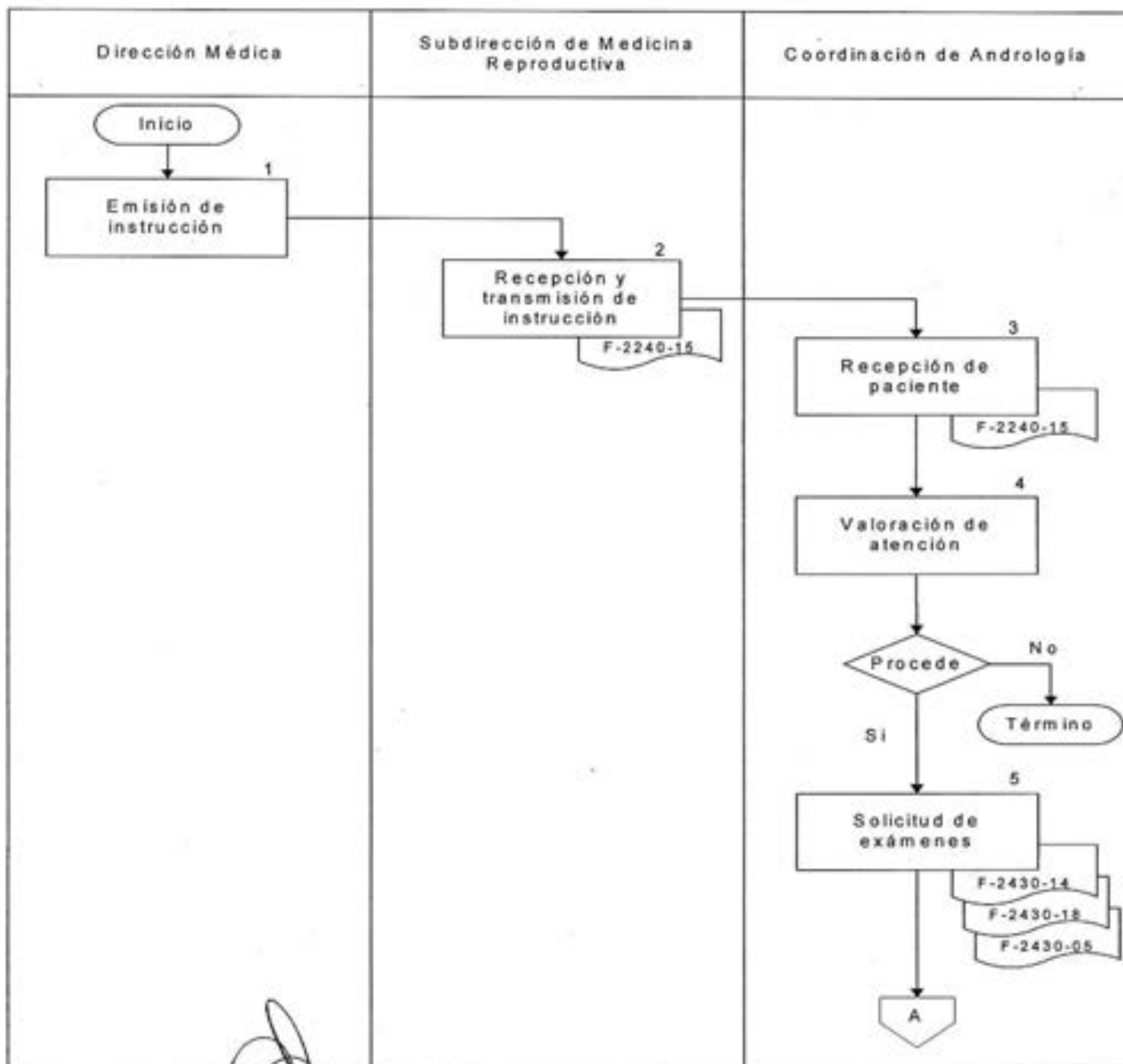
CONTROL DE EMISIÓN		
Emitió	Revisó	Autorizó
Nombre Dra. Mena Susana Echavarría	Dr. Fernando Gaviño Gavino	Dr. Rubén Tapasco Borda
Cargo-puesto Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Fecha 05-11-08	30-07-09	15-08-09

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM-SMR-CA-MP-06
	Subdirección de Medicina Reproductiva		Rev. 4
	6.- Procedimiento para la atención quirúrgica del paciente		Hoja: 9 de 16



Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
16.0 Programación de estudios de control	16.1 Programa con ayuda del formato "Estudios Especiales de Andrología" (F-2101-01), estudio de espermatobioscopia de control. 16.2 Programa con ayuda de "Carnet de Citas" (F-2240-18), cita subsecuente para seguimiento. <ul style="list-style-type: none"> • F-2101-01 • F-2240-18 <p style="text-align: center;">TERMINA PROCEDIMIENTO</p>	Coordinación de Andrología

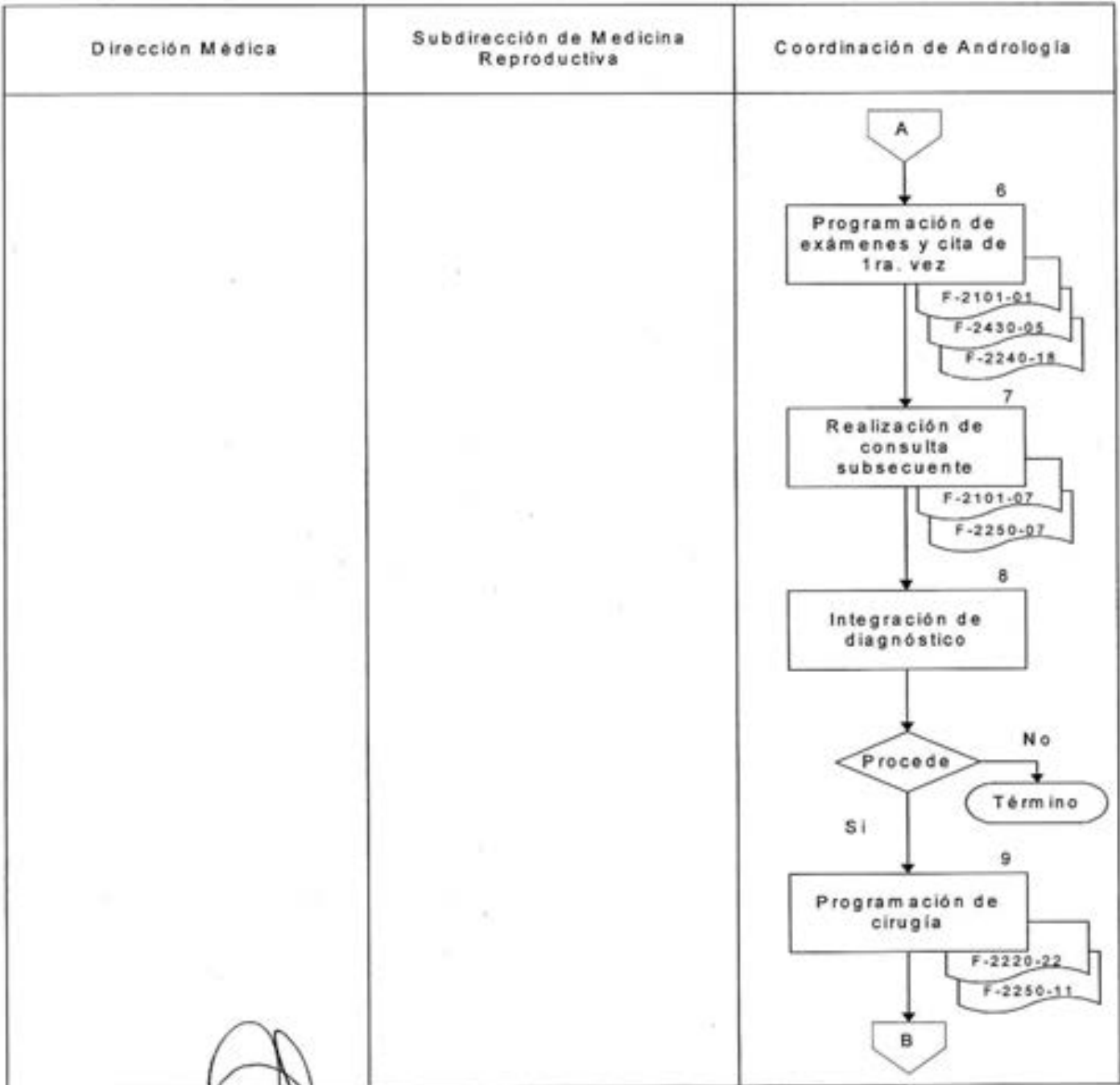
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Dra. Mirna Guzmán Echavarría	Dr. Fernando Gavino Gavino	Dr. Rubén Tapasco Burgos
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09


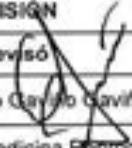

5.0 Diagrama de flujo



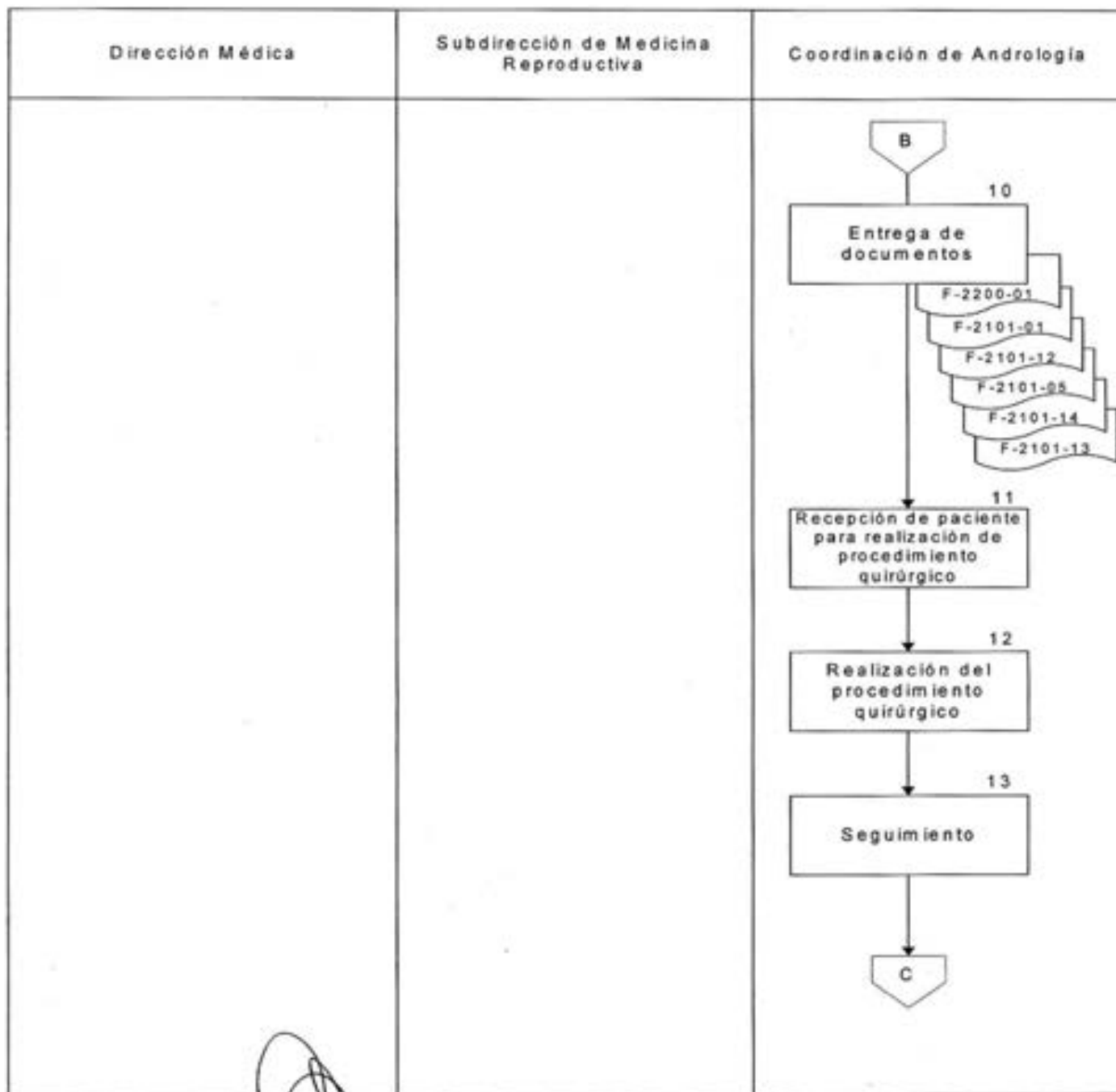
CONTROL DE EMISIÓN			
	Emitió	Revisó	Autorizó
Nombre	Dra. Mirna Guadalupe Schavarría	Dr. Fernando Garfía Gavino	Dr. Rubén Espinoza Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerER-DM-SMR-CA-MP-06
	Subdirección de Medicina Reproductiva		Rev. 4
	6.- Procedimiento para la atención quirúrgica del paciente		Hoja: 11 de 16





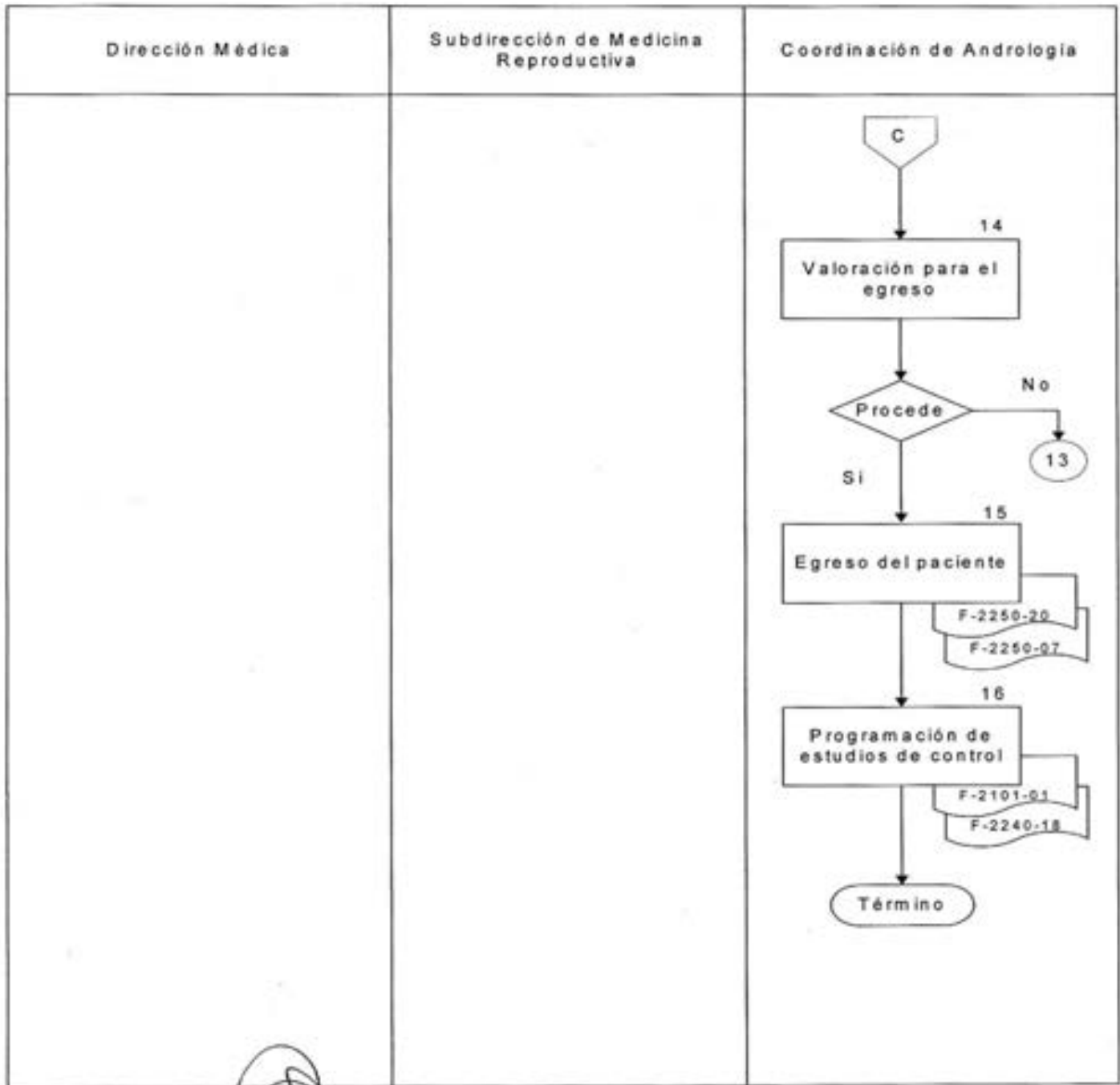
CONTROL DE EMISIÓN			
			
Nombre	Dra. Mirna G. Echavarría	Dr. Fernando Gavito Gavito	Dr. Rubén Tzuc Barba
Cargo-puesto	Coordinación de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Dirección Médica
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09


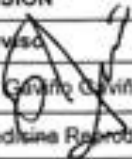
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerER-DM- SMR-CA-MP-06
	Subdirección de Medicina Reproductiva		Rev. 4
	6.- Procedimiento para la atención quirúrgica del paciente		Hoja: 12 de 16





CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Dra. Mirna Guadalupe Ferrería Sánchez	Dr. Fernando Gavilán Gavilán	Dr. Rubén Lapanco Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM- SMR-CA-MP-06
	Subdirección de Medicina Reproductiva		Rev. 4
	6.- Procedimiento para la atención quirúrgica del paciente		Hoja: 13 de 16



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Dra. Mima Guadalupe Guzmán Sánchez	Dr. Fernando Gavito Quiñó	Dr. Rubén Tepezapca Balba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09


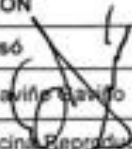
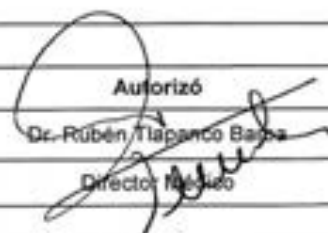
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM- SMR-CA-MP-06
	Subdirección de Medicina Reproductiva		Rev. 4
	6.- Procedimiento para la atención quirúrgica del paciente		Hoja: 14 de 16

6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
Ley de los Institutos Nacionales de Salud	No Aplica
Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	No Aplica
Guía Técnica para la Elaboración de Manual de Procedimientos de la Secretaría de Salud.	REV. 5 02/08 02-08
Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes	No Aplica
Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes	No Aplica

7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
"Solicitud de Interconsulta"	5 Años	Servicio de Archivo Clínico	F-2240-15
"Solicitud de Estudios de Hematología"	5 Años	Servicio de Archivo Clínico	F-2430-14
"Solicitud de Estudios de Bioquímica"	5 Años	Servicio de Archivo Clínico	F-2430-18
"Solicitud de Estudios de Microbiología"	5 Años	Servicio de Archivo Clínico	F-2430-05
"Estudios Especiales de Andrología"	5 Años	Servicio de Archivo Clínico	F-2101-01
"Carnet de Citas"	No Aplica	Paciente	F-2240-18
"Historia Clínica de Andrología"	5 Años	Servicio de Archivo Clínico	F-2101-07
"Notas de Evolución"	5 Años	Servicio de Archivo Clínico	F-2250-07
"Carta de Consentimiento Informado"	5 Años	Servicio de Archivo Clínico	F-2220-22
"Solicitud de Operación"	5 Años	Servicio de Archivo Clínico	F-2250-11

CONTROL DE EMISIÓN			
	Revisó	Autorizó	
Nombre	Dra. Mirna Ochoa Chavarria	Dr. Fernando Gavira Barrio	Dr. Rubén Tapanco Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM-SMR-CA-MP-06
	Subdirección de Medicina Reproductiva		Rev. 4
	6.- Procedimiento para la atención quirúrgica del paciente		Hoja: 15 de 16

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
"Solicitud de Internamiento"	5 Años	Servicio de Archivo Clínico	F-2200-01
"Varicocelectomía"	No Aplica	Paciente	F-2101-12
"Biopsia Testicular"	No Aplica	Paciente	F-2101-05
"Carta de Información para Pacientes de Procedimientos Quirúrgicos de la Coordinación de Andrología (Hidrocele)"	No Aplica	Paciente	F-2101-14
"Carta de Información para Pacientes de Procedimientos Quirúrgicos de la Coordinación de Andrología (Vasovasostomía)"	No Aplica	Paciente	F-2101-13
"Receta Individual"	No Aplica	Paciente	F-2250-20



8.0 Glosario

- 8.1 **Varicocele:** Es la dilatación de las venas del plexo pampiriforme y cordón espermático, determinada por la dilatación de la vena espermática
- 8.2 **Varicocelectomía:** Es el procedimiento quirúrgico en donde se realiza la ligadura y el corte de las venas del cordón espermático conservando la irrigación de la arteria espermática.
- 8.3 **Espermatobioscopia:** Es procedimiento del análisis de las características del semen.
- 8.4 **Ultrasonido Doppler** Consiste en una técnica especial de ultrasonido que evalúa la sangre mientras circula por los vasos sanguíneos, incluyendo las arterias y venas

9.0 Cambios de esta versión


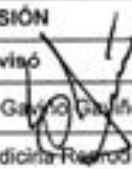

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
4	15-08-09	Actualización

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Dra. Mima Guadalupe Echavarría	Dr. Fernando Gavilán Gavilán	Dr. Rubén Delgado Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM- SMR-CA-MP-06
	Subdirección de Medicina Reproductiva		Rev. 4
	6.- Procedimiento para la atención quirúrgica del paciente		Hoja: 16 de 16

10.0 Anexos

10.1 Solicitud de Interconsulta	(F-2240-15)
10.2 Solicitud de Estudios de Hematología	(F-2430-14)
10.3 Solicitud de Estudios de Bioquímica	(F-2430-18)
10.4 Solicitud de Estudios de Microbiología	(F-2430-05)
10.5 Estudios Especiales de Andrología	(F-2101-01)
10.6 Carnet de Citas	(F-2240-18)
10.7 Historia Clínica de Andrología	(F-2101-07)
10.8 Notas de Evolución	(F-2250-07)
10.9 Carta de Consentimiento Informado	(F-2220-22)
10.10 Solicitud de Operación	(F-2250-11)
10.11 Solicitud de Internamiento	(F-2200-01)
10.12 Varicocelelectomía	(F-2101-12)
10.13 Biopsia Testicular	(F-2101-05)
10.14 Inf. Para Pac. De Proc. Quir. Coord. Andro. (Hidrocele)	(F-2101-14)
10.15 Inf. Para Pac. De Proc. Quir. Coord. Andro. (Vasovasostomosis)	(F-2101-13)
10.16 Receta Individual	(F-2250-20)

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Dra. Mima Guadalupe Sánchez 	Dr. Fernando Gavino Gavino 	Dr. Rubén Tiapanco Buitrago 
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
"SOLICITUD DE INTERCONSULTA"(F-2240-15)

NO.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	RECUADRO SUP. IZQ.	Nombre del paciente empezando por su apellido paterno y número completo del expediente hospitalario.
2	DEPENDENCIA	Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.
3	SERVICIO	El Servicio tratante del paciente.
4	FECHA	La fecha en que se otorgo la consulta al paciente.
5	SERVICIO	Área o Servicio que solicita la interconsulta
6	URGENTE	Con una X en el recuadro correspondiente
7	MÉDICO SOLICITANTE	Nombre completo y clave del médico que solicita la atención
8	FECHA Y HORA	El día, mes, año y hora en que se elabora la solicitud de interconsulta
9	MÉDICO RECIBIÓ QUE	El nombre completo, clave y firma del médico que recibe la solicitud.
10	FECHA Y HORA	Día, mes año y la hora en que fue recibida la solicitud

**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES**

DIRECCIÓN MÉDICA
SUBD. DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO
DEPTO. DE LABORATORIO CENTRAL

HEMATOLOGÍA

Nombre:

(1)

Registro:

- | | | |
|---|--|---|
| 2601 <input type="checkbox"/> Biometría Hemática Completa | 2621 <input type="checkbox"/> Tiempo de Trombina | 2638 <input type="checkbox"/> Dilución con Salina |
| 2608 <input type="checkbox"/> Reticulocitos | 2624 <input type="checkbox"/> Corrección con plasma | 2639 <input type="checkbox"/> Gota Gruesa |
| 2610 <input type="checkbox"/> Células LE | 2625 <input type="checkbox"/> Antitrombina III | 2640 <input type="checkbox"/> Dímeros D |
| 2611 <input type="checkbox"/> Eosinófilos en Moco Nasal (2) | 2628 <input type="checkbox"/> Hemog. Fetal APT (Cualitativa) | 2645 <input type="checkbox"/> Proteína C |
| 2612 <input type="checkbox"/> Leucocitos en Moco Fecal | 2629 <input type="checkbox"/> Fact. de Coag. V | 2646 <input type="checkbox"/> Proteína S |
| 2613 <input type="checkbox"/> Médula Ósea | 2630 <input type="checkbox"/> Fact. de Coag. VII | |
| 2614 <input type="checkbox"/> Vel Sedimentación Globular | 2631 <input type="checkbox"/> Fact. de Coag. X | |
| 2615 <input type="checkbox"/> P. Tendencia Hemorrágica | 2632 <input type="checkbox"/> Fact. de Coag. VIII | |
| 2618 <input type="checkbox"/> Prueba de Coagulación | 2633 <input type="checkbox"/> Fact. de Coag. IX | |
| 2619 <input type="checkbox"/> Fibrinógeno | 2634 <input type="checkbox"/> Fact. de Coag. XI | |
| 2620 <input type="checkbox"/> Anticoagulante Lúpico | 2636 <input type="checkbox"/> Fragilidad Osmótica | |

Fecha: _____ (3) Edad: _____ (4) Edad Gestacional: _____ (5) semanas.

Diagnóstico: _____ (6)

Núm. de protocolo: _____ (7) Nombre de protocolo: _____

Médico solicitante: _____ (8) Clave: _____ Firma: _____

Servicio solicitante: _____ (9) Cama: _____ (10)

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
SOLICITUD DE ESTUDIOS HEMATOLOGÍA (2430-14)**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
1	NOMBRE Y REGISTRO	El nombre completo y el número de expediente que asigna el Instituto a la paciente.
2	HEMATOLOGÍA	El examen (es) requerido (os) por el médico.
3	FECHA	La fecha del examen (es) requerido (os).
4	EDAD	La edad de la paciente.
5	EDAD GESTACIONAL	El número de semanas de gestación.
6	DIAGNÓSTICO	El diagnóstico según resultados del estudio (os) correspondiente.
7	NOMBRE Y NO. DE PROTOCOLO	El nombre y número de protocolo correspondiente.
8	MÉDICO, CLAVE Y FIRMA.	El nombre, clave y firma del médico solicitante.
9	SERVICIO SOLICITANTE	El nombre del servicio solicitado.
10	CAMA	El número de cama que se le asigne a la paciente.

**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES**

DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO
DEPARTAMENTO DE LABORATORIO CENTRAL

BIOQUÍMICA

Nombre: **(1)** _____

Registro: **(2)** _____

2401 <input type="checkbox"/> Glucosa	2417 <input type="checkbox"/> Fosfatasa Alcalina (4)	2432 <input type="checkbox"/> Calcio Iónico
2402 <input type="checkbox"/> Urea (3)	2419 <input type="checkbox"/> Bilirrubinas	2433 <input type="checkbox"/> Lipoproteínas de Alta Dens.
2403 <input type="checkbox"/> Creatinina	2420 <input type="checkbox"/> Glucosa Postprandial 60 min.	2434 <input type="checkbox"/> Lipoproteínas de Baja Dens.
2404 <input type="checkbox"/> Acido Úrico	2421 <input type="checkbox"/> Glicemia 60 c/50 grs. Glucosa	2436 <input type="checkbox"/> Calcio Urinario
2405 <input type="checkbox"/> Colesterol	2422 <input type="checkbox"/> Glucosa Postprandial 120 min.	2437 <input type="checkbox"/> Proteínas Urinarias
2406 <input type="checkbox"/> Proteínas	2423 <input type="checkbox"/> C.T. a la Glucosa 120 min.	2438 <input type="checkbox"/> Fosfatasa Alcalina Osea
2407 <input type="checkbox"/> Albúmina	2425 <input type="checkbox"/> C.T. a la Glucosa 300 min.	2441 <input type="checkbox"/> Gamma Glutamil transferasa (GGT)
38 <input type="checkbox"/> Electrolitos (Na, K, Cl)	2426 <input type="checkbox"/> Urea Urinaria	2444 <input type="checkbox"/> Parathormona
2412 <input type="checkbox"/> Calcio	2427 <input type="checkbox"/> Creatinina Urinaria	2448 <input type="checkbox"/> C.T. a la Glucosa 120 min. c/100grs
2413 <input type="checkbox"/> Magnesio	2428 <input type="checkbox"/> Triglicéridos	
2414 <input type="checkbox"/> Transaminasa Glut. Oxalacética	2429 <input type="checkbox"/> Depuración de Creatinina	
2415 <input type="checkbox"/> Transaminasa Glut. Pirúvica	2430 <input type="checkbox"/> Electrol. Urinarios (Na, K)	
2416 <input type="checkbox"/> Lactato Deshidrogenasa	2431 <input type="checkbox"/> Fósforo	

Fecha: **(5)** _____ Edad: **(6)** _____ Edad Gestacional: **(7)** _____ semanas.

Diagnóstico: **(8)** _____

Núm. de protocolo: **(9)** _____ Nombre de protocolo: **(10)** _____

Médico solicitante: **(11)** _____ Clave: **(12)** _____ Firma: **(13)** _____

Servicio solicitante: **(14)** _____ Cama: **(15)** _____

2430-18

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
"BIOQUÍMICA" (2430-18)

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE	El nombre de la paciente.
2	REGISTRO	El número de registro de la paciente.
3	GLUCOSA CREATININA ÁCIDO ÚRICO COLESTEROL TRIGLICÉRIDOS LIPOPROTEÍNAS DE ALTA Y BAJA DENSIDAD	Perfil bioquímico y de lípidos.
4	FOSFATA ALCALINA OSTEOCALCINA F.N. PARATHORMONA COLÁGENO TIPO I	Perfil Óseo.
5	FECHA	La fecha en que se elabora la solicitud.
6	EDAD	La edad de la paciente.
7	EDAD GESTACIONAL	No aplica en Climaterio.
8	DIAGNÓSTICO	El nombre del padecimiento o problema que se detecta en la paciente.
9	NUM. DE PROTOCOLO	En su caso, el número de protocolo de investigación.
10	NOMBRE	En su caso, el nombre del protocolo.
11	MÉDICO SOLICITANTE	El nombre completo del médico que solicita los estudios.
12	CLAVE	La clave del médico solicitante.
13	FIRMA	La firma del médico solicitante.
14	SERVICIO SOLICITANTE	El nombre del servicio en el que se encuentra el médico solicitante.
15	CAMA	El número de cama asignado a la paciente.

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
 DIRECCION DE INVESTIGACION
 SUBDIRECCION DE INVESTIGACION CLINICA
 DEPTO. DE INFECTOLOGIA E INMUNOLOGIA PERINATAL
MICROBIOLOGIA

Nombre: **(1)**

Registro:

- | | | |
|--|--|--|
| 2201 <input type="checkbox"/> Hemocultivo | 2218 <input type="checkbox"/> Cult. de Secreción de Herida | 2235 <input type="checkbox"/> Tinción Baar Líq. Peritoneal |
| 2202 <input type="checkbox"/> Cult. de Líq. Cefalorraquideo | 2219 <input type="checkbox"/> Cult. de Aspiración Celulitis | 2236 <input type="checkbox"/> Tinción Baar B/ Endometrio |
| 2203 <input type="checkbox"/> Cult. de Exudado Nasal | 2220 <input type="checkbox"/> Cult. P/Asp. de Tej. Blandos | 2237 <input type="checkbox"/> Tinción Baar Biopsia Trompas |
| 2204 <input type="checkbox"/> Cult. de Exudado Nasofaríngeo | 2221 <input type="checkbox"/> Cult. de Absc. Intrabdominal | 2238 <input type="checkbox"/> Tinción Baar Tejidos Blandos |
| 2205 <input type="checkbox"/> Cult. Faringeo | 2222 <input type="checkbox"/> Cult. de Absceso Hepático | 2239 <input type="checkbox"/> C.P.S. en Fresco |
| 2206 <input type="checkbox"/> Cult. de Secreción Ótica | 2223 <input type="checkbox"/> Cult. de Secr. de Articulación | 2240 <input type="checkbox"/> C.P.S. en Concentrado |
| 2207 <input type="checkbox"/> Cult. de Secreción Conjuntival | 2224 <input type="checkbox"/> Cult. de Secr. Uretral | 2242 <input type="checkbox"/> Frotis en Fresco |
| 2208 <input type="checkbox"/> Cult. de Aspirado Bronquial (2) | 2225 <input type="checkbox"/> Cult. de Biopsia de Hígado | 2243 <input type="checkbox"/> Frotis de Gram |
| 2209 <input type="checkbox"/> Cult. de Líq. Pleural | 2226 <input type="checkbox"/> Cult. de Biopsia de Pulmón | 2245 <input type="checkbox"/> Cult. Esp. Ureaplasma |
| 2210 <input type="checkbox"/> Cult. de Aspirado Gástrico | 2227 <input type="checkbox"/> Cult. de Baar en Espujo | 2246 <input type="checkbox"/> Cult. Esp. Listeria |
| 2211 <input type="checkbox"/> Cult. de Aspirado Duodenal | 2228 <input type="checkbox"/> Cult. de Baar en Orina | 2247 <input type="checkbox"/> Coagulación |
| 2212 <input type="checkbox"/> Coprocultivo | 2229 <input type="checkbox"/> Cult. de Baar en L.Peritoneal | 2248 <input type="checkbox"/> Cult. de Punta de Catéter |
| 2213 <input type="checkbox"/> Urocultivo | 2230 <input type="checkbox"/> Cult. de Baar en B/Endometrio | 2249 <input type="checkbox"/> Cult. de Secreción Umbilical |
| 2214 <input type="checkbox"/> Espermocultivo | 2231 <input type="checkbox"/> Cult. de Baar en B/Trompas | 2250 <input type="checkbox"/> Cult. Especial de Mycoplasma |
| 2215 <input type="checkbox"/> Cult. de Exudado Cervicovaginal | 2232 <input type="checkbox"/> Cult. de Baar en T/Ganglionar | 2251 <input type="checkbox"/> Cult. De Baar en Semen |
| 2216 <input type="checkbox"/> Cult. de Cavidad Uterina | 2233 <input type="checkbox"/> Tinción para Baar en Espujo | |
| 2217 <input type="checkbox"/> Cult. de Líq. de Ascitis | 2234 <input type="checkbox"/> Tinción para Baar en Orina | |

Fecha: **(3)** Edad: **(4)** Edad Gestacional: **(5)** semanas Diagnóstico: **(6)**

Núm. de protocolo: **(7)** Nombre de protocolo: **(8)**

Médico solicitante: **(9)** Clave: **(10)** Firma:

Servicio solicitante: **(11)** Cama: **(12)**

2430-05

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

***MICROBIOLOGÍA*(F-2430-05)**

NO.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	RECUADRO SUP. DERECHO	Nombre del paciente empezando por apellido paterno y número de expediente hospitalario
2	MICROBIOLOGÍA CUADRO CENTRAL	Tipo de estudio solicitado
3	FECHA	La fecha en que solicita el estudio
4	EDAD	Años cumplidos de la paciente
5	EDAD GESTACIONAL	Edad del embarazo de la paciente en semanas, con base a la fecha de su última menstruación
6	DIAGNOSTICO	El diagnóstico o padecimiento actual de la paciente
7	NUMERO DE PROTOCOLO	Número interno de identificación del protocolo de investigación en el que está incluida la paciente
8	NOMBRE DEL PROTOCOLO	Nombre específico del protocolo de investigación en el que está incluida la paciente
9	MÉDICO SOLICITANTE	Nombre del médico que solicita el estudio
10	CLAVE/ FIRMA	La clave médica de empleado del médico solicitante y firma
11	SERVICIO SOLICITANTE	Área o Servicio que solicita el estudio
12	CAMA	Número de cama que ocupa la paciente, si estuviera hospitalizada



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA REPRODUCTIVA
ANDROLOGÍA

Nombre: (1) _____

Registro: (2) _____

PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN		3509	___ MAR	3518	___ Criopreservación por muestra
3501	<input type="checkbox"/> Análisis Seminal Completo	3510	___ Inmunobeads	3519	___ Almacenaje Criopreservación Anual
	<input type="checkbox"/> Análisis Seminal Parcial:		<input type="checkbox"/> Integridad de Membrana:	(5) CLAVES QUIRÚRGICAS	
3502	___ Densidad Espermática	3511	___ Reacción Acrosomal	3522	___ Varicocelelectomía
3503	___ Motilidad	3512	___ Prueba Hiposmótica	3523	___ Anastomosis de Vasos deferentes(Vaso Vaso Anastomosis)
3504	___ Viabilidad	3514	___ Prueba de Capacitación Esperma	3524	___ Extracción Espermática Testicular
3505	___ Morfología				
	<input type="checkbox"/> Análisis Bioquímico:	3515	___ Prueba de Viabilidad Espermática		
3507	___ Fructuosa	3516	___ Prueba de Refrigeración Espermática		
3508	___ Ac. Cítrico	3517	___ Prueba de Criopreservación Espermática		

(4)

ESTUDIOS ESPECIALES

Anticuerpos Antiespermas (RMA):

(6)

Muestra: Un eyaculado Doble eyaculado Eyaculado fraccionado Orina posteyaculado
 Biopsia Testicular Observaciones: _____

Cónyuge: (7) _____ Fecha del estudio: (8) _____ Hora del estudio: 7:30 a.m.

Diagnóstico: (9) _____

Médico solicitante: (10) _____ Clave: _____ Firma: _____

2101-01



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA REPRODUCTIVA
ANDROLOGÍA

Nombre: _____

Registro: _____

PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN		3509	___ MAR	3518	___ Criopreservación por muestra
3501	<input type="checkbox"/> Análisis Seminal Completo	3510	___ Inmunobeads	3519	___ Almacenaje Criopreservación Anual
	<input type="checkbox"/> Análisis Seminal Parcial:		<input type="checkbox"/> Integridad de Membrana:	CLAVES QUIRÚRGICAS	
3502	___ Densidad Espermática	3511	___ Reacción Acrosomal	3522	___ Varicocelelectomía
3503	___ Motilidad	3512	___ Prueba Hiposmótica	3523	___ Anastomosis de Vasos deferentes(Vaso Vaso Anastomosis)
3504	___ Viabilidad	3514	___ Prueba de Capacitación Esperma	3524	___ Extracción Espermática Testicular
3505	___ Morfología				
	<input type="checkbox"/> Análisis Bioquímico:	3515	___ Prueba de Viabilidad Espermática		
3507	___ Fructuosa	3516	___ Prueba de Refrigeración Espermática		
3508	___ Ac. Cítrico	3517	___ Prueba de Criopreservación Espermática		

Muestra: Un eyaculado Doble eyaculado Eyaculado fraccionado Orina posteyaculado
 Biopsia Testicular Observaciones: _____

Cónyuge: _____ Fecha del estudio: _____ Hora del estudio: 7:30 a.m.

Diagnóstico: _____

Médico solicitante: _____ Clave: _____ Firma: _____

2101-01

**INSTRUCCIONES ESTRICTAS
PARA ANÁLISIS SEMINAL**

1. Abstenerse de relaciones sexuales de 3 a 6 días.
2. Eliminar orina.
3. Aseo genital con jabón y abundante agua.
4. La muestra se colectará en el laboratorio de Andrología, ubicado en el tercer piso de la Torre de Investigación de este Instituto.
5. Asistir **PUNTUALMENTE** a su cita a fin de evitar cancelación (7:30 a 8:45 hrs.).
6. Presentar credencial oficial vigente y con fotografía.
7. Por ningún motivo se recibirán muestras que no lleven anexa la requisición del examen a realizar y el recibo de pago correspondiente.

DE NO CUMPLIR CON LO ANTERIOR, SU CITA SE CANCELARÁ Y REPROGRAMARÁ POSTERIORMENTE.

“ANDROLOGÍA 3er PISO DE LA TORRE DE INVESTIGACIÓN”

**INSTRUCCIONES ESTRICTAS
PARA ANÁLISIS SEMINAL**

1. Abstenerse de relaciones sexuales de 3 a 6 días.
2. Eliminar orina.
3. Aseo genital con jabón y abundante agua.
4. La muestra se colectará en el laboratorio de Andrología, ubicado en el tercer piso de la Torre de Investigación de este Instituto.
5. Asistir **PUNTUALMENTE** a su cita a fin de evitar cancelación (7:30 a 8:45 hrs.).
6. Presentar credencial oficial vigente y con fotografía.
7. Por ningún motivo se recibirán muestras que no lleven anexa la requisición del examen a realizar y el recibo de pago correspondiente.

DE NO CUMPLIR CON LO ANTERIOR, SU CITA SE CANCELARÁ Y REPROGRAMARÁ POSTERIORMENTE.

“ANDROLOGÍA 3er PISO DE LA TORRE DE INVESTIGACIÓN”

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
"CARNET DE CITAS" (2240-18)**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE, REGISTRO Y NIVEL	El nombre completo de la paciente, el número de su expediente y el nivel socioeconómico asignado por el departamento de trabajo Social.
2	CARNET DE CITAS	El nombre completo de la trabajadora social del instituto que atendió a la paciente.
3	FECHA	La fecha, mes y año de elaboración del carnet de la paciente.
4	FECHA-HORA	El día, mes y hora de la próxima consulta.
5	SERVICIO	El área médica donde se atenderá a la paciente.

ESTADO CLÍNICO DE SU PAREJA: (11)

Edad: _____ Médico tratante: _____

Nº de Nupcia: _____

Duración de la relación sexual: _____

Duración de la Esterilidad / Infertilidad: _____ años.

Tipo de Esterilidad / infertilidad: PRIMARIA () SECUNDARIA ()

EMBARAZOS ANTERIORES: SI () NO () (12)

Número de Embarazos

	Pareja actual	Otras parejas
Nacimientos viables	_____	_____
Abortos espontáneos	_____	_____
Abortos provocados	_____	_____
Ectópicos	_____	_____
Molares	_____	_____
Hijos vivos	_____	_____

(13) ¿HA UTILIZADO MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS? SI () NO ()

Métodos anticonceptivos desde el último embarazo o todos los utilizados si la esterilidad es primaria

			Duración de uso en meses
1 DIU	SI ()	NO ()	_____
2 Hormonales	SI ()	NO ()	_____
3 Locales	SI ()	NO ()	_____
4 Otros	SI ()	NO ()	_____

(14) ESTUDIO PREVIO DE ESTERILIDAD: SI () NO ()

Especificar diagnóstico: _____

Ha tenido Inseminaciones previas: SI () NO () ESPECIFICAR

Semen fresco () Semen capacitado () Semen de donador ()

No. de Ciclos: _____ Resultados: _____

HISTORIA FAMILIAR REPRODUCTIVA: (15)

F: _____

M: _____

DIAGNÓSTICOS ELABORADOS EN EL INPerIER: (16)

ESPECIFICAR

- () F. Endocrino-Ovárico: _____
- () F Tubo-Peritoneal: _____
- () F. Uterino: _____
- () F. Cérvico-Espermático: _____
- () Endometriosis (clasificación): _____
- () Abortos repetidos: _____
- () Otros: _____

TRATAMIENTO ACTUAL: (17)

MEDICO: _____

REPRODUCCIÓN ASISTIDA:

IAH: No. de ciclos: _____ fechas: _____

GIFT / FIVTE:

HISTORIA ANDROLÓGICA (18)

ANTECEDENTES DE FERTILIDAD

Embarazos previos SI () NO ()

Número de embarazos:

	Pareja actual	Otras parejas
Nacimientos viables:	_____	_____
Abortos espontáneos	_____	_____
Abortos provocados	_____	_____
Ectópicos	_____	_____
Molares	_____	_____
Hijos vivos	_____	_____

TIPO DE ESTERILIDAD: PRIMARIA () SECUNDARIA ()

ESTUDIOS PREVIOS POR ESTERILIDAD: SI () NO () (19)

1. Análisis seminal	1. Normal	2. Anormal	3. No hecho
2. Espermecultivo	1. Normal	2. Anormal	3. No hecho
3. E.G.O.	1. Normal	2. Anormal	3. No hecho
4. Urocultivo	1. Normal	2. Anormal	3. No hecho
5. Hormonas	1. Normal	2. Anormal	3. No hecho
6. Ultrasonido testicular	1. Normal	2. Anormal	3. No hecho
7. Ultrasonido Prostático	1. Normal	2. Anormal	3. No hecho
8. Biopsia testicular	1. Normal	2. Anormal	3. No hecho
9. Otros:	_____		

Especificar resultados de los Números 6, 7 y 8 _____

TRATAMIENTO PREVIO DE LA INFERTILIDAD: NO () SI () (20)

Especifique: _____

ANTECEDENTES SEXUALES (21)

Pubertad y desarrollo: Edad: _____ Normal () Anormal * ()

Especificar * : _____

IVSA: _____ años. NPSP: _____

TRS: V ()	Protección	1. SI	2. NO
O ()	Protección	1. SI	2. NO
R ()	Protección	1. SI	2. NO
CH SI () NO ()	Protección	1. SI	2. NO
ZOOFILIA SI () NO ()	Protección	1. SI	2. NO

VIDA SEXUAL ACTUAL: (22)

NPA: _____ FRS: _____ (semanal) F masturbación: _____ (semanal)

Dirigidas a días fértiles SI () NO ()

TRS: V ()	Protección	1. SI	2. NO
O ()	Protección	1. SI	2. NO
R ()	Protección	1. SI	2. NO

FUNCIÓN SEXUAL: (23)

Libido Normal () Disminuida ()

Erección Normal () Disminuida ()

Impotencia 1. SI 2. NO

Erección matutina 1. SI 2. NO

Polución nocturna 1. SI 2. NO

Eyacuación Intravaginal () Extravaginal * ()

cantidad : normal () aumentada * () disminuida * ()

Especificar*: _____

De la penetración a la eyacuación tarda: _____ min.

Logra contener la eyacuación 1. SI () 2. NO ()

Dolorosa 1. SI () 2. NO ()

Hemospermia 1. SI () 2. NO ()

Orgasmo 1. Normal () 2. Inadecuado ()

FUNCIÓN PROSTATICA: (24)

1. Inicio miccional	Normal ()	Retardado ()
2. Grosor del chorro	Normal ()	Disminuido ()
3. Goteo postmiccional	SI ()	NO ()
4. Hematuria	SI ()	NO ()
5. Disuria	SI ()	NO ()
6. Dolor perineal	SI ()	NO ()
7. Nicturia	SI ()	NO ()
8. Prostatitis	SI ()	NO ()
9. Tenesmo	SI ()	NO ()

PATOLOGÍAS O TRATAMIENTOS QUE PUEDAN INFLUIR EN LA FERTILIDAD:**ÁREA GENITOURINARIA (25)**

¿Ha tenido alguna vez las siguientes enfermedades de transmisión sexual?

- | | | | |
|---------------|--------|--------|--------------------|
| 1. Sífilis | SI () | NO () | |
| 2. Gonorrea | SI () | NO () | |
| 3. Chlamydia | SI () | NO () | |
| 4. Mycoplasma | SI () | NO () | |
| 5. Herpes | SI () | NO () | |
| 6. Papiloma | SI () | NO () | |
| 7. Otros | SI () | NO () | Especificar: _____ |

Especificar: Año: _____ Tratamiento: _____

¿Ha tenido por lo menos tres cuadros de infección urinaria en los últimos 12 meses?:

SI () NO () tratamiento: _____

¿Ha tenido fiebre de 38°C o más en los últimos 3 meses?

SI () NO ()

¿Le han practicado alguna de las siguientes cirugías?:

- | | | | |
|----------------------|--------|--------|------------|
| 1. Estrechez uretral | SI () | NO () | año: _____ |
| 2. Hipospadias | SI () | NO () | año: _____ |
| 3. Orquidopexia | SI () | NO () | año: _____ |

- | | | | |
|-------------------------------------|--------|--------|------------|
| 4. Orquiectomía | SI () | NO () | año: _____ |
| 5. Prostatectomía | SI () | NO () | año: _____ |
| 6. Cuello de la Vejiga | SI () | NO () | año: _____ |
| 7. Vasectomía | SI () | NO () | año: _____ |
| 8. Hernia Inguinal | SI () | NO () | año: _____ |
| 9. Simpatectomía | SI () | NO () | año: _____ |
| 10. Varicocelecomía | SI () | NO () | año: _____ |
| 11. Linfadenectomía retroperitoneal | SI () | NO () | año: _____ |
| 12. Hemorroidectomía | SI () | NO () | año: _____ |
| 13. Circuncisión | SI () | NO () | año: _____ |

¿Ha presentado alguna vez las siguientes patologías testiculares?

- | | | | | | |
|------------------------------|--------|--------|-------|-------|------------|
| 1. Epididimitis | SI () | NO () | D () | I () | año: _____ |
| 2. Dolor testicular | SI () | NO () | D () | I () | año: _____ |
| 3. Orquitis | SI () | NO () | D () | I () | año: _____ |
| 4. Orquitis Viral | SI () | NO () | D () | I () | año: _____ |
| 5. Traumatismos testiculares | SI () | NO () | D () | I () | año: _____ |
| 6. Torsión testicular | SI () | NO () | D () | I () | año: _____ |
| 7. Testículos retráctiles | SI () | NO () | D () | I () | año: _____ |

Tratamiento: _____

(26) ENFERMEDADES SISTEMICAS:

- | | | | |
|-----------------------------|--------|--------|------------|
| 1. Trastornos Visuales | SI () | NO () | año: _____ |
| 2. Pérdida de la Conciencia | SI () | NO () | año: _____ |
| 3. Lesión Medular | SI () | NO () | año: _____ |
| 4. Crisis Convulsivas | SI () | NO () | año: _____ |
| 5. Cefalea | SI () | NO () | año: _____ |
| 6. Hepatitis | SI () | NO () | año: _____ |
| 7. Tuberculosis | SI () | NO () | año: _____ |
| 8. Parotiditis | SI () | NO () | año: _____ |
| 9. Fibrosis Quística | SI () | NO () | año: _____ |

- 10 Bronquitis Crónica SI () NO () año: _____
11. Sinusitis SI () NO () año: _____
12. Diabetes SI () NO () año: _____
13. Hipotiroidismo SI () NO () año: _____
14. Galactorrea SI () NO () año: _____
15. Hipertensión Arterial SI () NO () año: _____
16. Trauma en el Cráneo SI () NO () año: _____
17. Patología Oncológica SI () NO () año: _____
18. Otros: _____
- Especificar Tratamiento: _____

(27) EXPOSICIÓN A AGENTES FISICO-QUIMICOS GONADOTOXICOS:

1. Tabaco NO () SI () Edad de Inicio () Frecuencia _____
2. Alcohol NO () SI () Edad de Inicio () Frecuencia _____
3. Marihuana NO () SI () Edad de Inicio () Frecuencia _____
4. Cocaína NO () SI () Edad de Inicio () Frecuencia _____
5. Heroína NO () SI () Edad de Inicio () Frecuencia _____
6. Solventes NO () SI () Edad de Inicio () Frecuencia _____
7. Pintura Vinílica NO () SI () Edad de Inicio () Frecuencia _____
8. Pegamentos NO () SI () Edad de Inicio () Frecuencia _____
9. Plomo NO () SI () Edad de Inicio () Frecuencia _____
10. Pesticidas NO () SI () Edad de Inicio () Frecuencia _____
11. Fertilizantes NO () SI () Edad de Inicio () Frecuencia _____
12. Dinitrobenceno NO () SI () Edad de Inicio () Frecuencia _____
13. Dibromocloropropano NO () SI () Edad de Inicio () Frecuencia _____
14. Vapor-sauna NO () SI () Edad de Inicio () Frecuencia _____
15. Radiaciones NO () SI () Edad de Inicio () Frecuencia _____
16. Quimioterapia NO () SI () Edad de Inicio () Frecuencia _____
17. Medicación Crónica NO () SI () Edad de Inicio () Frecuencia _____
18. Ejercicio con pesas NO () SI () Edad de Inicio () Frecuencia _____
19. Otros _____

Protección empleada: NO () SI ()

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES: (28)

1. Diabetes: _____
2. Hipotiroidismo: _____
3. Hipertensión arterial: _____
4. Insuficiencia venosa: _____
5. Oncológicos: _____
6. Neurológicos: _____

EXPLORACIÓN FÍSICA: (29)

Peso: _____ kg. Talla: _____ m. IMC: _____
T.A. : _____ mmHg FC: _____ x' FR. : _____ x'

Brazada: _____

Inspección general: Normal () Anormal ()

Exploración de :

- | | | |
|----------------------------|------------|-------------|
| 1. Cabeza | Normal () | Anormal () |
| 2. Cuello | Normal () | Anormal () |
| 3. Tórax | Normal () | Anormal () |
| 4. Abdomen | Normal () | Anormal () |
| 5. Extremidades Inferiores | Normal () | Anormal () |

Comentarios: _____

Complexión: () Robusta () Mediana () Delgada

Habitus: () Normal () Enucoide

Virilización Tanner:

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
Ginecomastia SI () NO ()

EXPLORACIÓN GENITAL: (30)

PENE:

- | | | |
|---------------------------|--------|--------|
| 1. Normal | SI () | NO () |
| 2. Fimosis | SI () | NO () |
| 3. Parafimosis | SI () | NO () |
| 4. Epispadias | SI () | NO () |
| 5. Hipospadias | SI () | NO () |
| 6. Cicatrices | SI () | NO () |
| 7. Manchas hipocrómicas | SI () | NO () |
| 8. Manchas hiperocrómicas | SI () | NO () |
| 9. Condilomas | SI () | NO () |
| 10. Circuncisión | SI () | NO () |
| 11. Otros: | _____ | |

URETRA: (31)

- | | | |
|----------------|--------|--------|
| 1. Normal | SI () | NO () |
| 2. Eritematosa | SI () | NO () |
| 3. Secreción | SI () | NO () |
| 4. Otros: | _____ | |

TESTÍCULOS: (32)

Derecho:

Longitud: _____ x _____ . Volumen: _____ cc.

Consistencia: () Normal () Disminuida () Aumentada
() Hematocele () Hidrocele
() Hernia Inguinoescrotal

EPIDÍDIMO: () Normal () Engrosado () Doloroso () Ausente/Incompleto
() Quiste _____ () Espermatocelo

DEFERENTE: () Normal () Engrosado () Doloroso () Ausente/Incompleto

VARICOCELE () Grado I () Grado II () Grado III

Izquierdo:

Longitud: _____ x _____, Volumen: _____ cc.

Consistencia: () Normal () Disminuida () Aumentada
() Hematocele () Hidrocele
() Hernia Inguinoescrotal

EPIDÍDIMO: () Normal () Engrosado () Doloroso () Ausente/Incompleto
() Quiste _____ () Espermatocete

DEFERENTE: () Normal () Engrosado () Doloroso () Ausente/Incompleto

VARICOCELE () Grado I () Grado II () Grado III

INGLES: Derecha Izquierda

- | | | |
|----------------------|---------------|---------------|
| 1. Normales | SI () NO () | SI () NO () |
| 2. Cadena ganglionar | SI () NO () | SI () NO () |
| 3. Cicatrices | SI () NO () | SI () NO () |
| 4. Otros: | _____ | |

(33) PRÓSTATA: () Normal () Aumentada () Dolorosa () Nodular
() Lisa () Otros: _____

(34) VESÍCULAS SEMINALES: () Normal () Aumentada () Dolorosa
() Nodular () Lisa () Otros: _____

(35) EXPLORACIÓN GENERAL (datos positivos): _____
2. _____
3. _____
4. _____

REALIZO: _____ (36)

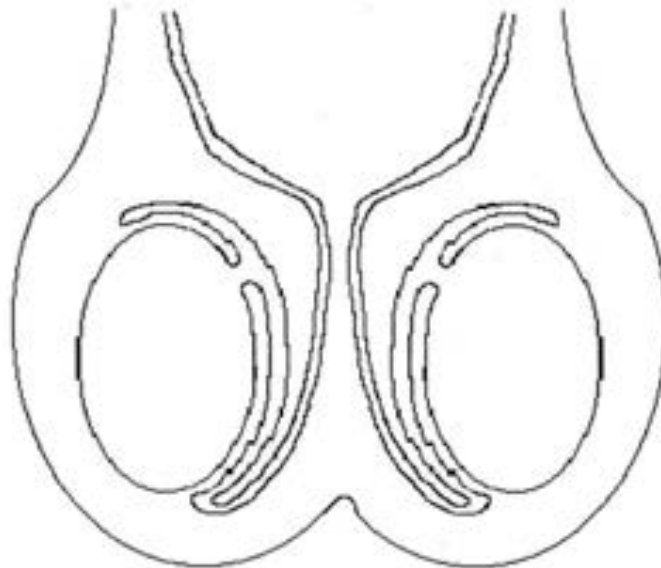
SUPERVISO: _____ (37)

V. DIAGNOSTICO (38)

1. Disfunción sexual, eyaculatoria o ambas
2. Causa inmunológica
3. Sin causa aparente
4. Anormalidades aisladas del plasma seminal
5. Causas iatrogénicas
6. Causas sistémicas
7. Anormalidades congénitas
8. Daño testicular adquirido
9. Varicocele
10. Infección glándulas accesorias
11. Causa endocrina
12. Oligozoospermia idiopática
13. Astenozoospermia idiopática
14. Teratozoospermia idiopática
15. Azoospermia obstructiva
16. Azoospermia idiopática
17. Otros: _____

¿Cuáles?

Comentarios: _____ (39)



13

12

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
"HISTORIA CLÍNICA" (2101-07ABCDEFGF)

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
1	FECHA	Día, mes y año
2	REGISTRO	Número de registro en el INPerIER
3	NOMBRE	El nombre de la paciente
4	NOMBRE DEL CÓNYUGE	El nombre del cónyuge
5	EDAD Y FECHA DE NAC.	La edad y la fecha de nacimiento de la paciente
6	DATOS DE DOMICILIO	El domicilio actual del paciente y ocupación.
7	MOTIVO DE LA CONSULTA	Diagnóstico presuntivo y que requiere llevar algún tratamiento
8	DIAGNÓSTICO	El diagnóstico referido
9	Nº DE NUPCIA	Número de veces de nupcias
10	PROTOCOLO	Folio y nombre del protocolo de investigación.
11	ESTADO CLÍNICO DE SU PAREJA	Datos de referencia
12	EMBARAZOS ANTERIORES	Datos de referencia
13	MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	Utilización y tiempo
14	ESTUDIOS PREVIOS	Especificar los estudios previos
15	HISTORIA FAMILIAR REPRODUCTIVA	Datos de referencia
16	DIAGNÓSTICOS ELABORADOS	Diagnósticos referidos en el INPerIER
17	TRATAMIENTO ACTUAL	Datos referidos

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
"HISTORIA CLÍNICA" (2101-07ABCDEFG)

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
18	ANTECEDENTES DE FERTILIDAD	Datos de referencia
19	ESTUDIOS PREVIOS POR ESTERILIDAD	Datos de referencia.
20	TRATAMIENTO PREVIO DE ESTERILIDAD	Datos de referencia
21	ANTECEDENTES SEXUALES	Datos de referencia
22	VIDA SEXUAL ACTUAL	Datos de referencia
23	FUNCIÓN SEXUAL	Datos de referencia
24	FUNCIÓN PROSTATICA	Datos de referencia
25	ÁREA GENITOURINARIA	Las respuestas a los cuestionamientos
26	ENFERMEDADES SISTEMICAS	Datos de referencia
27	EXPOSICIÓN A AGENTES QUÍMICOS GONADOTOXICOS	Datos de referencia
28	ANTECEDENTES	Datos de referencia
29	HEREDO FAMILIARES EXPLORACIÓN FÍSICA	Datos de referencia
30	EXPLORACIÓN GENITAL	Datos de referencia
31	URETRA	Datos de referencia
32	TESTÍCULOS	Datos de referencia
33	PRÓSTATA	Datos de referencia
34	VESICULAS SEMINALES	Datos de referencia

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
"HISTORIA CLÍNICA" (2101-07ABCDEFG)

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
35	EXPLORACIÓN GENERAL	Hallazgos encontrados Número de registro en el INPerIER
36	REALIZÓ	El nombre del personal que realizó la Historia Clínica
37	SUPERVISÓ	El nombre del personal que supervisó la Historia Clínica
38	DIAGNÓSTICO	Diagnóstico determinado
39	COMENTARIOS	Observaciones y comentarios a la información recabada.

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
"NOTAS DE EVOLUCIÓN" (2250-07)**

NO.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	RECUADRO BLANCO	El nombre, apellidos y número de registro de la paciente.
2	SERVICIO	El nombre del servicio.
3	CAMA	El número de cama, asignada a la paciente.
4	NO. DE HOJA	El número consecutivo de hoja.
5	FECHA Y HORA	La fecha y hora de elaboración de la nota.
6	NUM.	Número consecutivo de la nota.
7	NOTA DE EVOLUCIÓN	El tipo de nota, que el médico considere necesaria (subjetiva, objetiva, análisis o planes).
8	PLANES	A) Diagnóstico B) Tratamiento C) Educativo



**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES**

DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MEDICOS QUIRÚRGICOS**
(De Acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Capítulo IV, Art. 80, 81 y 83.)

(1) México D. F. a ____ de _____ de 200 ____

Nombre del paciente: _____ (2) _____

No. de Expediente: _____ (3) _____ Edad: _____ (4) _____

Diagnóstico (s) Principal (es) (5)

Procedimientos (s) Médico Quirúrgicos Propuesto (s) (6)

Yo _____ (7) _____ en pleno uso de mis facultades; reconozco que se me explicó y entendí **SATISFACTORIAMENTE** el (los) procedimientos (s) que se me proponen quedando **ENTERADO** de los **BENEFICIOS** para mi salud, entendiendo a la vez los **RIESGOS** propios del (los) procedimiento (s) tanto para la vida como para la función y las secuelas y complicaciones que se pueden presentar. Considerando que el balance de riesgo y beneficio es positivo para la salud. Y en pleno conocimiento de lo anterior doy mi **CONSENTIMIENTO EN FORMA VOLUNTARIA Y POR DECISION PROPIA PARA QUE LOS MEDICOS, ANESTESIOLOGOS Y PARAMEDICOS DE LA INSTITUCION REALICEN EL (LOS) PROCEDIMIENTO (S) EXPLICADO (S) Y LOS QUE RESULTEN COMPLEMENTARIOS DEL MISMO, ASÍ COMO EL (LOS) PROCEDIMIENTOS DE URGENCIA QUE PUDIERAN REQUERIRSE.**

Así como, para atender las contingencias y urgencias, bajo los principios éticos y científicos de la práctica médica, lo anterior con fundamento en la Norma Oficial Mexicana (NOM-168-SSA1) del Expediente Clínico.

LA EDAD Y EL ESTADO DE CONCIENCIA DE LA PACIENTE LE PERMITEN FIRMAR ESTE DOCUMENTO

SI: _____ (8) NO: _____

(9)Nombre del Paciente o Responsable

Firma

Parentesco con el Paciente

(10)Nombre del Primer Testigo

Firma

Parentesco con el Paciente

(11) Nombre del Segundo Testigo

Firma

Parentesco con el Paciente

Medico Tratante:

(12) Nombre y Firma

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Artículo 80

En todo hospital y siempre que el estado del paciente lo permita, deberá recabarse a su ingreso la autorización escrita y firmada para practicarle, con fines de diagnóstico o terapéuticos los procedimientos médico quirúrgicos necesarios de acuerdo al padecimiento de que se trate, debiendo informarle con claridad el tipo de documento que se le presenta para su firma.

Esta autorización inicial no excluye la necesidad de recabar después la correspondiente a cada procedimiento que atañe un alto riesgo para el paciente.

Artículo 81

En caso de urgencia o cuando el paciente se encuentra en estado de incapacidad transitoria o permanente, el documento al que se refiere el artículo anterior, será presentado al familiar mas cercano en vínculo que le acompañe o en su caso por el tutor o responsable legal, una vez firmado del carácter de la autorización. Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y ausencia de las personas a las que se refiriere el párrafo que antecede. Médicos autorizados del hospital previa valoración del caso y en concordancia de criterios, de por lo menos dos de ellos, se llevará a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera dejando constancia por escrito, en el expediente clínico.

Artículo 83

En caso de que debiera realizarse alguna amputación, mutilación o extirpación orgánica que produzca modificación física permanente en el paciente o en la condición fisiología o mental del mismo, el documento al que refiere el artículo anterior deberá ser suscrito además, por dos testigos idóneos designados por el interesado o por la persona que lo suscriba.

Estas autorizaciones se ajustarán a los modelos que señalen las normas técnicas.

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
 "CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO"(F-2220-22)

NO.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	FECHA	El día, mes, año de elaboración
2	NOMBRE DE LA PACIENTE	Nombre de la paciente
3	NÚMERO DE EXPEDIENTE	Número de expediente de la paciente
4	EDAD	Edad de la paciente
5	DIAGNÓSTICO(S) PRINCIPAL(ES)	Diagnósticos principales
6	PROCEDIMIENTO(S) MÉDICO QUIRÚRGICOS PROPUESTO(S)	Procedimientos médico Quirúrgicos a realizar
7	YO	La paciente deberá anotar su nombre
8	DECISIÓN DE LA PACIENTE	La Decisión de la paciente
9	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE	Nombre y firma de la paciente o responsable
10	NOMBRE DEL PRIMER TESTIGO	Nombre y firma del primer testigo y su parentesco con la paciente
11	NOMBRE DEL SEGUNDO TESTIGO	Nombre y firma del segundo testigo y su parentesco con la paciente
12	NOMBRE MÉDICO TRATANTE	Nombre y firma del Médico tratante



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES

SERVICIO (1)	CAMA (2)	
FECHA DE SOLICITUD (3)	FECHA DE SOLICITADA (4)	HORA (5)

(6)

SOLICITUD DE CIRUGÍA

DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO	(7)
OPERACIÓN PROYECTADA	
ELECTIVA () URGENCIA ()	
ANESTESIA SUGERIDA GENERAL () REGIONAL () LOCAL ()	
JEFE DE SERVICIO QUE PROGRAMA:	

PROGRAMACIÓN DEL QUIRÓFANO

DÍA	HORA	SALA
ANESTESIOLOGO	Vo. Bo. JEFE DE CIRUGÍA	

(8)

DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO	
OPERACIÓN EFECTUADA	
ANESTESIA ADMINISTRADA	ANESTESIOLOGO
COMPLICACIONES	

Doy mi consentimiento al personal médico del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, para que se efectúen los procedimientos anestésicos y quirúrgicos que se consideren necesarios para solucionar mis problemas de salud, siendo informada de los riesgos a que quedo sujeta durante dicho acto.

(9)

FIRMA DE LA PACIENTE

Técnica Quirúrgica

(10)

Hallazgos

(11)

Canalizaciones

(12)

Envío a estudio histopatológico

(13)

(14)

Médico que realizó _____ Categoría _____

Nombre y firma

Médico que supervisó _____ (15) Categoría _____

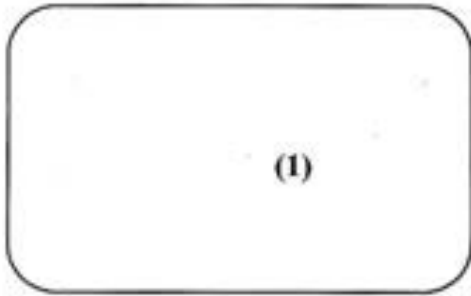
Nombre y firma

Médico ayudante _____ (16) Categoría _____

Nombre v firma

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
"SOLICITUD DE CIRUGÍA" (2250-11)**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
1	SERVICIO	El nombre del servicio que solicita la intervención quirúrgica.
2	CAMA	El número de cama que se asignó a la paciente.
3	FECHA DE SOLICITUD	El día, mes y año en que se elabora la solicitud.
4	FECHA SOLICITADA	El día, mes y año en que se realizará la intervención quirúrgica
5	HORA	La hora en que se efectuará la operación.
6	IDENTIFICACIÓN	Nombre y registro de la paciente.
7	SOLICITUD DE OPERACIÓN	El diagnóstico preoperatorio indicado por el médico responsable, la operación proyectada, anestesia sugerida nombre completo del cirujano, ayudante, responsables de la intervención y del Jefe de Servicio.
8	PROGRAMACIÓN DEL QUIRÓFANO	El día, hora y número de sala en que se realizará la intervención, nombre del anestesiólogo responsable, visto bueno del jefe de cirugía , diagnóstico postoperatorio, nombre de la operación efectuada, anestesia administrada y en su caso complicaciones que se presenten.
9	FIRMA DEL PACIENTE	La firma de autorización de la paciente, para que efectúen los procedimientos anestésicos y quirúrgicos necesarios.
10	TÉCNICA DE OPERACIÓN	La técnica practicada durante la operación.
11	HALLAZGOS	Los hallazgos obtenidos durante la intervención quirúrgica.
12	CANALIZACIONES	El tipo de canalización dejada, si es requerida.
13	ENVIO A ESTUDIO	Enviar estudio histopatológico de cualquier tejido extirpado.
14	MÉDICO QUE REALIZO	El nombre completo, firma y categoría del médico que llevo a cabo la intervención.
15	MÉDICO QUE SUPERVISO	El nombre completo, firma y categoría del médico que superviso la intervención.
16	MÉDICO AYUDANTE	El nombre completo, firma y categoría del médico que ayudo en la intervención.



**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

SOLICITUD DE INTERNAMIENTO

FECHA DE INGRESO _____ (2) HORA DE INGRESO _____ (3)
SERVICIO _____ (4) CAMA _____ (5)
DIAGNÓSTICO _____ (6)
OPERACIÓN O ESTUDIO PROGRAMADO _____ (7)
DÍA _____ (8) HORA _____ (9)
OBSERVACIONES PREOPERATORIAS (10) _____

(11)
NOMBRE DEL MÉDICO

(12)
CLAVE

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"SOLICITUD DE INTERNAMIENTO"(F-2200-01)

NO.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	RECUADRO	Nombre y número de registro de la paciente.
2	FECHA DE INGRESO	Día del internamiento de la paciente
3	HORA DE INGRESO	Hora de internamiento de la paciente
4	SERVICIO	Lugar en que se encuentra la paciente (Urgencias)
5	CAMA	Número de cama asignada a la paciente
6	DIAGNÓSTICO	Condiciones de salud en que se encuentra la paciente, determinadas por el médico
7	OPERACIÓN ESTUDIO PROGRAMADO	<input type="radio"/> El tipo de cirugía que seá practicada
8	DÍA	Fecha de programación de la cirugía
9	HORA	Hora de programación de la cirugía
10	OBSERVACIONES PREOPERATORIAS	Diagnóstico con el que va a entrar la paciente a quirófano
11	NOMBRE DEL MÉDICO	Nombre completo del médico que practicaá la cirugía
12	CLAVE	Número de adscripción al Instituto del médico



VARICOCELECTOMÍA

VARICOCELE

El varicocele se define como una dilatación de las venas espermáticas o plexo pampiniforme testicular, secundario a un reflujo venoso. Su presencia se hace más evidente en bipedestación (de pie) y con el aumento de la presión abdominal (esfuerzos como ejercicio, tos, etc.) Es de predominio en el lado izquierdo (hasta en un 93%) y esto se debe a las diferencias anatómicas con el lado derecho.



Varicocele

Como influye el varicocele en la calidad del semen, lo intentan explicar varias teorías desde la alteración en la termostregulación del testículo hasta reacciones inmunológicas, hipoxia testicular, aumento de metabolitos tóxicos, alteraciones locales secundarias o edema testicular crónico entre otros.

TRATAMIENTO

El tratamiento del varicocele es quirúrgico, aunque no debe tomarse la decisión sin hacer una valoración exhaustiva de la causa de la infertilidad. La cirugía es un tratamiento paliativo, esto significa que pudiese con el tiempo volver a presentarse el varicocele. La intervención quirúrgica consiste en seccionar y ligar la vena espermática interna y sus ramas las cuales forman el plexo pampiniforme, lo que invalida dicha vía de retorno y por consiguiente el reflujo y estasis de la de la sangre que por ellos circula. La vía de acceso puede ser inguinal o retroperitoneal



Vía de acceso inguinal *Vía de acceso retroperitoneal*

La vía inguinal permite su ejecución mediante anestesia local y ambulatoriamente. La vía retroperitoneal también permite la realización de forma ambulatoria aunque es recomendable una anestesia regional.

RESULTADOS:

En pacientes que presentaban dolor testicular se observa mejoría; en caso de alteraciones en el semen la mejoría se observa solo cuando verdaderamente el varicocele producía la alteración del semen (es decir que en algunas ocasiones NO hay mejoría o la mejoría es transitoria)

COMPLICACIONES MAS FRECUENTES:

1. Moretón o equimosis en el área de la operación (desaparece solo y se recomienda colocarse hielo por 3 días)
 2. Sangrado o coágulo de la herida (se recomienda colocar hielo y si incrementa la zona de moretón acudir a revisión inmediatamente)
 3. Datos de infección en la herida (acudir al médico para revisión y tratamiento)
 4. Reacción alérgica a los medicamentos o material empleados en el procedimiento.
- En todos los casos deberá consultarse a su médico tratante.

INDICACIONES PREOPERATORIAS

1. Baño el día del procedimiento.
2. Rasurado del área escrotal y recorte del vello púbico (indicada por el médico tratante).
3. Ayuno de 8 hrs.
4. Presentarse puntualmente a las _____ Hrs en área de Informes del Instituto acompañado de un familiar.
5. Acudir con suspensorio deportivo de su talla.
6. Indicaciones especiales:

INDICACIONES POSTOPERATORIAS

1. Dieta Normal.
2. Baño diario y lavado de Herida quirúrgica con agua y jabón.
3. Colocar hielo en área indicada por médico.
4. Uso de suspensorio deportivo por 1 semana o mas en caso necesario de acuerdo a evolución e indicación médica.
5. Tomar medicamentos indicados en **receta médica**.
6. Acudir a la CE de Andrología una semana después del procedimiento con su médico tratante.
7. Es esperable la presencia de líquido serohemático, a través de la herida quirúrgica, la cantidad irá disminuyendo gradualmente, en caso contrario acudir con su medico tratante.
8. No es necesario retirar puntos, éstos se absorben solos.
9. Evitar actividades físicas excesivas o ejercicio físico hasta aviso del medico tratante.
10. Realizarse una espermatozoidoscopia de control 2 meses después de la cirugía. (deberá solicitar su formato para obtener su cita) y cita 1 semana después del estudio (favor de solicitar su cita)



**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA REPRODUCTIVA
COORDINACIÓN DE ANDROLOGÍA**

**CARTA DE INFORMACIÓN PARA PACIENTES DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS
DE LA COORDINACIÓN DE ANDROLOGÍA**

BIOPSIA TESTICULAR

INFORMACIÓN GENERAL

En los testículos se producen los espermatozoides y hormonas masculinas. Cualquier problema en la producción de espermatozoides puede ejercer impacto en la fertilidad masculina.

INDICACIÓN QUIRÚRGICA

Al no haber presencia de espermatozoides en el semen y cuando esto no es debido a una obstrucción de los conductos o a una eyaculación retrógrada, el problema puede tener origen en el testículo y entonces la BIOPSIA TESTICULAR es de utilidad para evaluar si existe producción de espermatozoides en el testículo y si estos son útiles para lograr un embarazo mediante técnicas de reproducción asistida.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

En un procedimiento quirúrgico corto que se realiza bajo anestesia local, en el cual se extrae una pequeña porción de tejido testicular. Se realiza una pequeña incisión en el escroto (de 1ª 1.5cms) a través de la cual se aborda al tejido testicular. Una vez localizado el tejido, se toma una porción de éste, el cual se analiza por microscopio para detectar la presencia de células espermáticas y se establece un diagnóstico definitivo. El procedimiento completo habitualmente se lleva a cabo en el consultorio y en ciertos casos en área de quirófano.

En caso de encontrar espermatozoides maduros, estos pueden aislarse de la biopsia, y e intentar congelarlos con técnicas especiales para uso posterior en tratamientos para la fertilidad tales como fertilización in vitro (FIV) y/o inyección de esperma intracitoplasmática (ICSI). En caso de no obtener espermatozoides en la muestra biopsiada, se realizara consejo reproductivo con la pareja.

COMPLICACIONES

Como todo procedimiento invasivo, la BIOPSIA TESTICULAR no esta exenta de efectos adversos, los cuales se podrían llegar a presentarse:

1. Presencia de Hematoma o sangrado de la región del escroto, ingle o perineo.
2. Inflamación del contenido del escroto.
3. Infección de herida quirúrgica.
4. Reacción alérgica a los medicamentos o material empleados en el procedimiento.

En todos los casos deberá consultarse a su médico tratante.

INDICACIONES PREOPERATORIAS

1. Baño el día del procedimiento.
2. Rasurado del área escrotal y recorte del vello púbico (indicada por el médico tratante).
3. Ayuno de 8 hrs.
4. Presentarse puntualmente a las _____ Hrs en área de Informes del Instituto acompañado de un familiar.
5. Acudir con suspensorio deportivo de su talla.
6. Indicaciones especiales:



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA REPRODUCTIVA
COORDINACIÓN DE ANDROLOGÍA

INDICACIONES POSTOPERATORIAS

1. Dieta Normal.
 2. Baño diario y lavado de Herida quirúrgica con agua y jabón.
 3. Colocar hielo en área indicada por médico.
 4. Uso de suspensorio deportivo por 1 semana o mas en caso necesario de acuerdo a evolución e indicación médica.
 5. Tomar medicamentos indicados en **receta médica**.
 6. Acudir a la CE de Andrología una semana después del procedimiento con su médico tratante.
 7. Es esperable la presencia de liquido serohemático, a través de la herida quirúrgica, la cantidad irá disminuyendo gradualmente, en caso contrario acudir con su medico tratante.
 8. No es necesario retirar puntos, éstos se absorben solos.
 9. Evitar actividades físicas excesivas o ejercicio físico hasta aviso del medico tratante.
 10. Indicaciones especiales:
-



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA REPRODUCTIVA
COORDINACIÓN DE ANDROLOGÍA

CARTA DE INFORMACIÓN PARA PACIENTES DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE LA COORDINACIÓN DE ANDROLOGÍA
HIDROCELE

INFORMACIÓN GENERAL E INDICACIÓN QUIRÚRGICA

¿Qué es el hidrocele?

Es la acumulación de líquido en la túnica vaginal (bolsa delgada que mantiene los testículos dentro del escroto).

Puede ser secundario a un problema congénito o adquirido, y en algunos casos se resuelve espontáneamente y en otros mediante cirugía.

Los síntomas pueden incluir: Aumento de volumen del escroto; generalmente es liso, blando y no doloroso y en ocasiones cambia de tamaño de acuerdo a la posición y actividad. Si el hidrocele es grande y tenso, es probable que requiera una atención médica más inmediata.

Puede encontrarse asociado a una hernia inguinal (zona debilitada en la pared abdominal baja o en el canal inguinal donde los intestinos pueden protruir). Es indispensable la realización de un Ultrasonido escrotal para confirmar el diagnóstico de hidrocele y descartar otras patologías como la hernia, infección o tumores)

Tratamiento de un hidrocele:

La mayoría de los hidroceles se resuelven espontáneamente sin tratamiento médico. Sin embargo si existe sintomatología importante de malestar o dolor, aumento progresivo importante o cambios en coloración de la piel o datos de infección, el tratamiento quirúrgico es necesario (HIDROCELECTOMIA).

La HIDROCELECTOMIA es una cirugía menor en la cual el líquido y el saco que lo envuelve son removidos (eversión de la túnica). Se trata de un procedimiento de estancia corta en el cual el paciente es dado de alta unas horas después de la cirugía.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

El procedimiento se realiza bajo anestesia local o regional siendo necesaria la sedación en situaciones especiales. Se realiza incisión en la región del escroto, se localiza y abre la capa que contiene el líquido y se éste se drena. Se reseca el exceso de tejido, revertiendo los bordes de la capa (túnica vaginales) sin realizar manipulación directa en el testículo. Se cierra la piel del escroto y en casos necesarios se deja drenaje a través de esta, mismo que se retira en consulta externa o antes del egreso del paciente. Después de la cirugía algunos pacientes pueden llegar a presentar dolor o molestia, misma que se reduce con medicamentos. Se recomienda evitar ejercicios físicos intensos tres semanas posteriores a la cirugía.

COMPLICACIONES

Como todo procedimiento invasivo, la HIDROCELECTOMIA no está exenta de efectos adversos, los cuales se podrían llegar a presentarse en una baja incidencia:

1. Presencia de inflamación y dolor en área quirúrgica y contenido escrotal.
 2. Presencia de Hematoma o sangrado de la región del escroto, ingle o perineo.
 3. Infección de herida quirúrgica, que requiere antibióticos y manejo en domicilio.
 4. Reacción alérgica a los medicamentos o material empleados en el procedimiento.
- En todos los casos deberá consultarse a su médico tratante.

INDICACIONES PREOPERATORIAS

1. Baño el día del procedimiento.
2. Rasurado del área escrotal y recorte del vello púbico (indicada por el médico tratante).
3. Ayuno de 8 hrs.
4. Presentarse puntualmente a las _____ Hrs en área de Informes del Instituto acompañado de un familiar.
5. Acudir con suspensorio deportivo de su talla.
6. Indicaciones especiales:



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA REPRODUCTIVA
COORDINACIÓN DE ANDROLOGÍA

INDICACIONES POSTOPERATORIAS

1. Dieta Normal.
2. Baño diario a partir del segundo día posterior a la cirugía y lavado de Herida quirúrgica con agua y jabón.
3. Colocar hielo en área indicada por médico.
4. Uso del suspensorio deportivo por 1 semana o más de acuerdo a evolución.
5. Tomar medicamentos indicados en **receta médica**.
6. Acudir a la CE de Andrología una semana después del procedimiento con su médico tratante.
7. No es necesario retiro de puntos, éstos se absorben solos.
8. Es esperable la presencia de líquido serohemático, a través de la herida quirúrgica, la cantidad irá disminuyendo gradualmente, en caso contrario acudir con su médico tratante.
9. Evitar actividades físicas excesivas o ejercicio físico hasta aviso del médico tratante.
10. Indicaciones especiales:

Tasa de Éxito posterior a la cirugía.

Después de un periodo de recuperación no mayor de 3 semanas, los pacientes pueden tener relaciones sexuales, evitando situaciones bruscas.



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA REPRODUCTIVA
COORDINACIÓN DE ANDROLOGÍA

**CARTA DE INFORMACIÓN PARA PACIENTES DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS
DE LA COORDINACIÓN DE ANDROLOGÍA**
VASOVASOANASTOMOSIS

INFORMACIÓN GENERAL e INDICACIÓN QUIRÚRGICA

La reconstrucción microquirúrgica de la vía espermática en pacientes con azoospermia obstructiva es frecuentemente exitosa.

Si la obstrucción se encuentra a nivel del conducto deferente, la resección del segmento obstruido y la anastomosis de ambos cabos de deferente se denominan vasovasoanastomosis.

Aproximadamente el 80% de estas obstrucciones pueden ser resueltas lográndose espermatozoides en el eyaculado y en el 50% lograr embarazos.

Un factor muy importante en la posibilidad de éxito de la técnica está dado por el número de años de obstrucción (generalmente los mejores resultados se logran en hombres con menos de 10 años de obstrucción) y la extensión de la obstrucción (como elemento pronóstico); ya que cuanto más extensa sea la obstrucción, es más factible que la anastomosis quede a mayor tensión y los resultados sean peores. También el origen de la obstrucción es determinante; los casos de reversión de vasectomía suelen ser los de mejor resultado. Asimismo cuanto más lejano al testículo sea la anastomosis (unión), mejor serán los resultados en cuanto a tasa de embarazo, ya que el espermatozoide maduro en su tránsito por el epidídimo adquiriendo movilidad y capacidad fecundante.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

La necesidad de utilizar técnicas microquirúrgicas se debe al tamaño de los elementos a suturar y la necesidad de precisión en las anastomosis.

Inicialmente se realiza incisión en escroto se localiza el área de obstrucción y se reseca. Posteriormente se realiza la unión de los pequeños túbulos que transportan los espermatozoides desde el testículo a la próstata y vesículas seminales, verificando la permeabilidad de los mismos y se analiza el líquido verificando la presencia o no de espermatozoides. Aunque el procedimiento es similar a la vasectomía toma más tiempo debido a que la técnica es minuciosa y poco más compleja. La anestesia general o regional es usada para este procedimiento y requiere un poco más de tiempo de recuperación y cuidados postoperatorios.

COMPLICACIONES

Como todo procedimiento invasivo, la VASOVASOANASTOMOSIS no está exenta de efectos adversos, los cuales se podrían llegar a presentarse:

1. Presencia de colección de espermias (granuloma espermático) que causa inflamación y dolor.
2. Presencia de Hematoma o sangrado de la región del escroto, ingle o perineo.
3. Inflamación del contenido del escroto.
4. Infección de herida quirúrgica, que requiere antibióticos y manejo en domicilio.
5. Reacción alérgica a los medicamentos o material empleados en el procedimiento.

En todos los casos deberá consultarse a su médico tratante.

INDICACIONES PREOPERATORIAS

1. Baño el día del procedimiento.
2. Rasurado del área escrotal y recorte del vello púbico (indicada por el médico tratante).
3. Ayuno de 8 hrs.
4. Presentarse puntualmente a las _____ Hrs en área de Informes del Instituto acompañado de un familiar.
5. Acudir con suspensorio deportivo de su talla.
6. Indicaciones especiales:

INDICACIONES POSTOPERATORIAS

1. Dieta Normal.
2. Baño diario a partir del segundo día posterior a la cirugía y lavado de Herida quirúrgica con agua y jabón.
3. Colocar hielo en área indicada por médico.
4. Uso del suspensorio deportivo por 1 semana o más de acuerdo a evolución.



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA REPRODUCTIVA
COORDINACIÓN DE ANDROLOGÍA

5. Tomar medicamentos indicados en **receta médica**.
 6. Acudir a la CE de Andrología una semana después del procedimiento con su médico tratante.
 7. No es necesario retiro de puntos, éstos se absorben solos.
 8. Es esperable la presencia de líquido serohemático, a través de la herida quirúrgica, la cantidad irá disminuyendo gradualmente, en caso contrario acudir con su médico tratante.
 9. Evitar actividades físicas excesivas o ejercicio físico hasta aviso del médico tratante.
 10. Realizarse una espermatozoscopia de control 2 meses después de la cirugía. (deberá solicitar su formato para obtener su cita) y cita 1 semana después del estudio (favor de solicitar su cita)
 11. Indicaciones especiales:
-

Tasa de Éxito posterior a la cirugía.

Después de un periodo de recuperación no mayor de 3 semanas, los pacientes pueden tener relaciones sexuales, evitando situaciones bruscas. La tasa de éxito de embarazo espontáneo varía en cada caso. La posibilidad de presencia de espermatozoides es alta pero no garantiza el embarazo. De acuerdo a las estadísticas, si el procedimiento es realizado menos de 3 años posterior a la vasectomía, el 97% de los hombres presentan espermatozoides en el eyaculado con tasas de embarazo espontáneo de hasta el 75%. Si se realiza entre 3 y 8 años el 90% de los hombres presentan espermatozoides en el eyaculado con tasas de embarazo espontáneo de hasta el 50%. Si se realiza de 8 a 15 años o más el 70% de los hombres presentan espermatozoides en el eyaculado con tasas de embarazo espontáneo de hasta el 30%.

(1)



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
DEPARTAMENTO DE TOCOCIRUGÍA Y URGENCIAS

SERVICIO

(2)

R.X.

1) (3)

2)

INDICACIONES:



1) (4)

2)


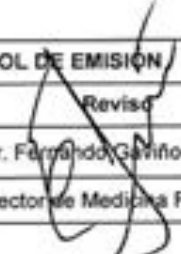
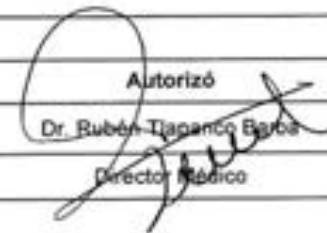
FECHA:	(5)	AÑO	MES	DÍA	MÉDICO:	(6)	CLAVE	(7)
--------	-----	-----	-----	-----	---------	-----	-------	-----

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
"RECETA INDIVIDUAL" (2250-20)**

NO.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	RECUADRO	El Nombre completo y número de registro de la paciente.
2	SERVICIO	El nombre del servicio que emite la receta.
3	R.X.	El nombre de los medicamentos prescritos a la paciente.
4	INDICACIONES	Las indicaciones necesarias para administrar los medicamentos.
5	FECHA	El año, mes y día en que se elabora la receta.
6	MÉDICO	El nombre completo del médico responsable.
7	CLAVE	El número de clave del médico responsable.

SALUD  SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 INPerIER	INPerIER-DM-SMR-CA-MP-07
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	7.- Procedimiento para la atención del paciente con Hipogonadismo Tardío (P.A.D.A.M.)		Hoja: 1 de 11

7.- PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON HIPOGONADISMO TARDÍO (P.A.D.A.M.)

CONTROL DE EMISIÓN			
			
Nombre	Dra. Mirna Rodríguez Echavarría	Dr. Fernando Gavito Gavito	Dr. Rubén Tapanco Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirectora de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM-SMR-CA-MP-07
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	7.- Procedimiento para la atención del paciente con Hipogonadismo Tardío (P.A.D.A.M.)		Hoja: 2 de 11

1.0 Propósito

1.1 Proporcionar tratamiento médico a los cónyuges de las pacientes que acuden a la Coordinación de Peri y Post Menopausia del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, los cuales presenten síntomas de Hipogonadismo de inicio tardío (P.A.D.A.M.), con el objeto de que esto se vea reflejado en la calidad de vida y mejora de la pareja climatérica.

2.0 Alcance

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica.



2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a los cónyuges de las pacientes que acuden a la Clínica de Andrología del INPerIER y que presenten síntomas de hipogonadismo de inicio tardío.

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

3.1 Será responsabilidad de la Dirección Médica a través de la Subdirección de Medicina Reproductiva verificar que la Coordinación de Andrología cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:


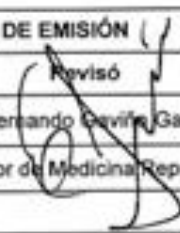
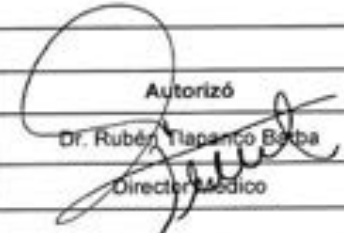
- Recibir a los cónyuges de las pacientes de la Coordinación de Peri y Post Menopausia, referidos mediante "Solicitud de Interconsulta" (F-2240-15) y que presenten síntomas de Hipogonadismo de inicio tardío.
- Programar Cita de Primera Vez, en la cual se le realizará Historia Clínica y se programará (n) la (s) cita (s) subsecuente (s).
- Verificar que la Consulta Externa de Andrología cumpla con las siguientes actividades, propias de sus funciones:
 - Atender, de acuerdo a la programación de citas, al cónyuge de la paciente referido de la Coordinación de Peri y Post Menopausia, realizar Historia Clínica y programar Citas Subsecuentes.
 - Proporcionar al paciente la información necesaria y detallada del padecimiento, incluyendo los beneficios perseguidos y los posibles riesgos y complicaciones del procedimiento.
- Evaluar el estado de salud de los pacientes mediante los siguientes estudios de laboratorio:
 - ✓ "Hematología" (F-2430-14),
 - ✓ "Bioquímica" (F-2430-18),
 - ✓ "Líquidos Biológicos" (F-2430-16),
 - ✓ "Endocrinología" (F-2130-01).

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Dra. María Concepción Echavarría	Dr. Fernando Gavino Gavino	Dr. Rubén Espinosa Garba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Dirección Médica
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 INPerIER	INPerIER-DM-SMR-CA-MP-07
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	7.- Procedimiento para la atención del paciente con Hipogonadismo Tardío (P.A.D.A.M.)		Hoja: 3 de 11

3.2 Será responsabilidad del Servicio de Archivo Clínico cumplir con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Elaborar Expediente Clínico a solicitud de la Coordinación de Andrología, a los cónyuges de las pacientes de la Coordinación de Peri y Post Menopausia, que presenten síntomas de Hipogonadismo de inicio tardío.
- Proporcionar a la Consulta Externa de Andrología los Expedientes Clínicos, de acuerdo a las citas programadas.
- Integrar al Expediente Clínico, los resultados de los estudios realizados a los pacientes.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Dral. Miralberto Echavarría	Dr. Fernando Deviño Gaviño	Dr. Rubén Tlapanco Borja
Cargo-puesto	Coordinador de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM-SMR-CA-MP-07
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	7.- Procedimiento para la atención del paciente con Hipogonadismo Tardío (P.A.D.A.M.)		Hoja: 4 de 11


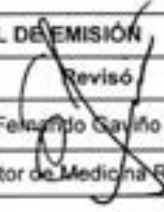
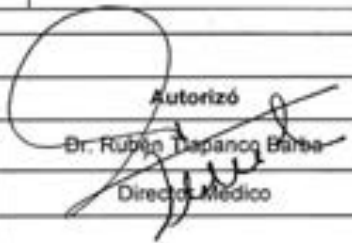
4.0 Descripción del procedimiento



Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0 Emisión de Instrucción	1.1 Instruye a la Subdirección de Medicina Reproductiva, lleve a cabo el procedimiento para la atención del paciente con Hipogonadismo Tardío (P.A.D.A.M.).	Dirección Médica
2.0 Recepción y transmisión de instrucción	2.1 Recibe instrucción y solicita a la Coordinación de Peri y Post Menopausia, envíe mediante "Solicitud de Interconsulta" (F-2240-15), a los cónyuges de las pacientes que presenten síntomas de Hipogonadismo Tardío a la Coordinación de Andrología, para valoración y en su caso atención. <ul style="list-style-type: none"> ▪ F-2240-15 	Subdirección de Medicina Reproductiva
3.0 Recepción de paciente	3.1 Recibe al paciente y le solicita, a fin de verificarla, "Solicitud de Interconsulta" (F-2240-15). 3.2 Programa cita para valoración médica. <ul style="list-style-type: none"> ▪ F-2240-15 	Coordinación de Andrología
4.0 Valoración Médica	4.1 Realiza primera cita de valoración médica al paciente. ¿Procede? No: Informa al paciente. TERMINA PROCEDIMIENTO Sí: Indica a la secretaria de la Coordinación, atienda la "Solicitud de Interconsulta" (F-2240-15). Continúa procedimiento. <ul style="list-style-type: none"> ▪ F-2240-15 	Coordinación de Andrología
5.0 Solicitud de Apertura de Expediente	5.1 Informa al Servicio de Archivo Clínico, los datos del paciente y le solicita realice apertura de Expediente.	Coordinación de Andrología

CONTROL DE EMISIÓN			
	Emitió	Revisó	Autorizó
Nombre	Dra. Mirna Gabriela Cordero Casavarría	Dr. Fernando Gavilón Gavilón	Dr. Rubén Espando Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM-SMR-CA-MP-07
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	7.- Procedimiento para la atención del paciente con Hipogonadismo Tardío (P.A.D.A.M.)		Hoja: 5 de 11

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
6.0 Entrega de Formatos	<p>6.1 Entrega al paciente los formatos: "Solicitud de Estudios de Hematología" (F-2430-14), "Solicitud de Estudios de Bioquímica" (F-2430-18), "Líquidos Biológicos" (F-2430-16), "Solicitud de Estudios de Endocrinología" (F-2130-01), para la programación y realización de los exámenes paraclínicos de laboratorio requeridos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ F-2430-14 ▪ F-2430-18 ▪ F-2430-16 ▪ F-2130-01 	Coordinación de Andrología
7.0 Programación de exámenes	<p>7.1 Programa fecha y hora para atención en Laboratorio de Andrología.</p> <p>7.2 Anota en "Carnet de Citas" (F-2240-18), consulta de primera vez en Consulta Externa de Andrología.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ F-2240-18 	Coordinación de Andrología
8.0 Consulta de primera vez	<p>8.1 Recibe el personal de Consulta Externa de Andrología, el día y hora indicada al paciente.</p> <p>8.2 Integra al Expediente Clínico, "Historia Clínica de Andrología" (F-2101-07), datos semiológicos y resultados de exámenes paraclínicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Expediente Clínico ▪ F-2101-07 	Coordinación de Andrología

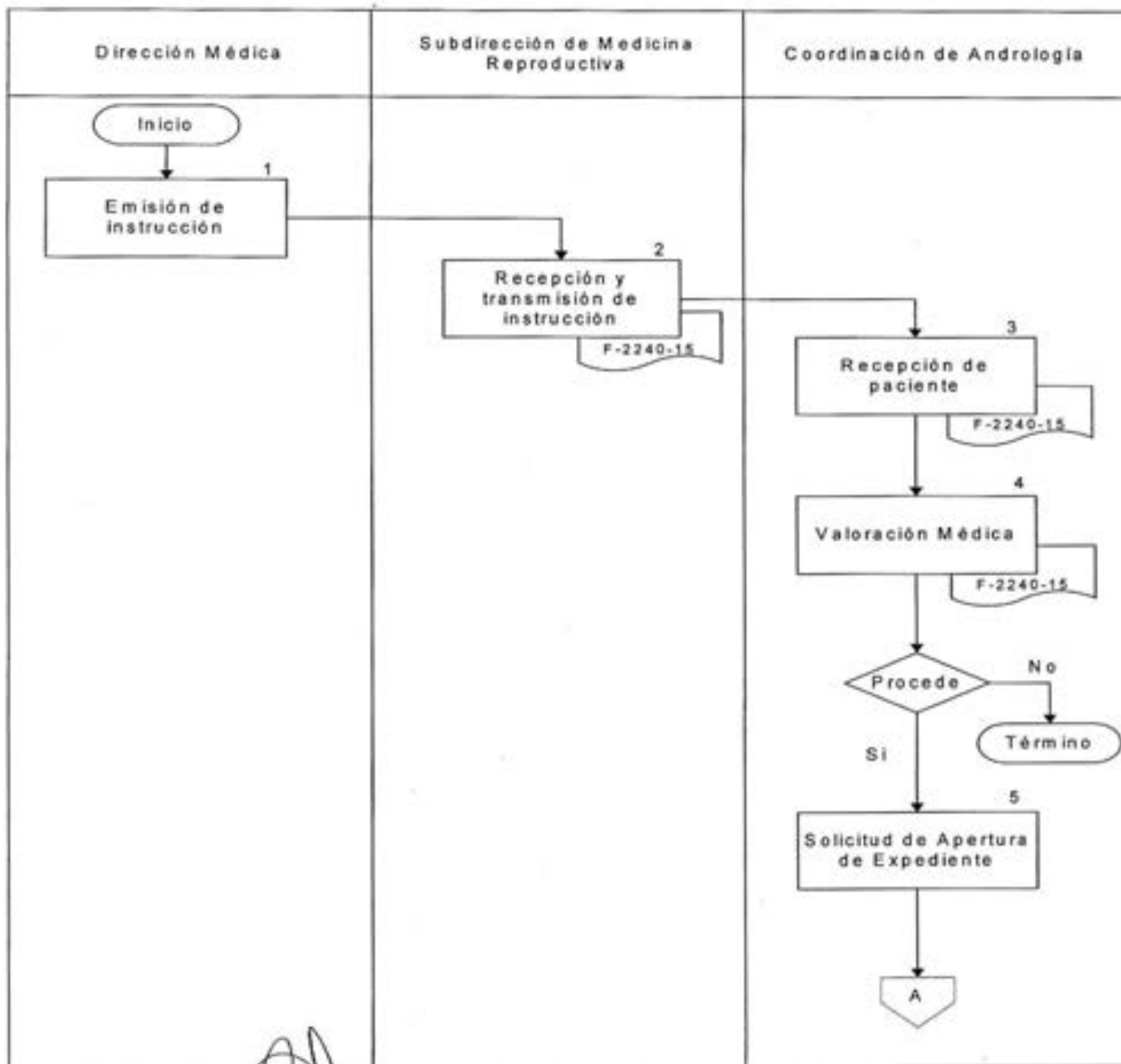
CONTROL DE EMISIÓN			
Nombre	Dra. Miriam Echavarría	Dr. Fernando Gaviño Gaviño	Dr. Rubén Tapasco Barba
Cargo-puesto	Coordinación de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-05-09

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM-SMR-CA-MP-07
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	7.- Procedimiento para la atención del paciente con Hipogonadismo Tardío (P.A.D.A.M.)		Hoja: 6 de 11



Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
9.0 Valoración de reemplazo hormonal	<p>9.1 Valora de acuerdo a los datos y resultados obtenidos, la posibilidad de llevar a cabo procedimiento de reemplazo hormonal.</p> <p>¿Procede?</p> <p>No: Informa al paciente el motivo por el cual no se podrá realizar el procedimiento. TERMINA PROCEDIMIENTO</p> <p>Si: Continúa Procedimiento</p>	Coordinación de Andrología
10.0 Tratamiento	<p>10.1 Implementa en el paciente, Tratamiento de reemplazo Hormonal, acorde a sus características.</p> <p>10.2 Solicita al paciente se realice estudios de control, con la ayuda de los formatos: "Solicitud de Estudios de Hematología" (F-2430-14), "Solicitud de Estudios de Bioquímica" (F-2430-18), "Solicitud de Estudios de Endocrinología" (F-2130-01).</p> <p>10.3 Programa Cita Subsecuente en "Carnet de Citas" (F-2240-18).</p> <ul style="list-style-type: none"> • F-2430-14 • F-2430-18 • F-2130-01 • F-2240-18 	Coordinación de Andrología
11.0 Indicaciones de manejo de la terapia	<p>11.1 Da al paciente indicaciones del manejo de la terapia a corto y mediano plazo.</p> <p>11.2 Extiende "Receta Individual" (F-2250-20).</p> <ul style="list-style-type: none"> • F-2250-20 <p style="text-align: center;">TERMINA PROCEDIMIENTO</p>	Coordinación de Andrología


CONTROL DE EMISIÓN		
Nombre	Revisó	Autorizó
Dra. Miquela Guzmán de Guzmán	Dr. Fernando Gavilón Gavilón	Dr. Rubén Napoleón Barba
Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma		
Fecha	30-07-09	15-08-09


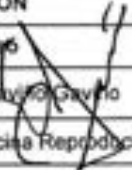
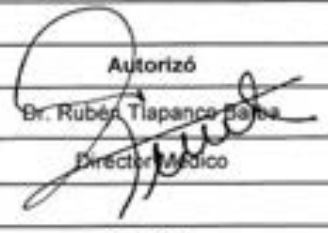
5.0 Diagrama de Flujo





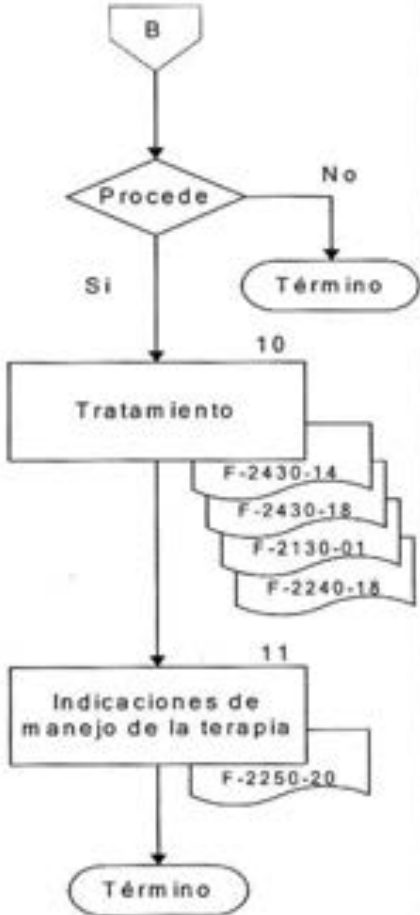
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Dra. Mirna Guadalupe Castañeda	Dr. Fernando Gavino Gavino	Dr. Rubén Ricardo Barba
Cargo-puesto	Coordinación de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09


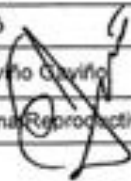

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 INPerER	INPerER-DM-SMR-CA-MP-07
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
7.- Procedimiento para la atención del paciente con Hipogonadismo Tardío (P.A.D.A.M.)		Hoja: 8 de 11	



Dirección Médica	Subdirección de Medicina Reproductiva	Coordinación de Andrología
		

CONTROL DE EMISIÓN		
Nombre	Revisó	Autorizó
 Dra. Mirna Guadalupe Chavarría	 Dr. Fernando Gavino Gavino	 Br. Rubén Tiapanca Barba
Cargo-puesto	Cargo-puesto	Cargo-puesto
Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma		
Fecha	Fecha	Fecha
05-11-08	30-07-09	15-08-09

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 INPerIER	INPerIER-DM-SMR-CA-MP-07
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
7.- Procedimiento para la atención del paciente con Hipogonadismo Tardío (P.A.D.A.M.)		Hoja: 9 de 11	

Dirección Médica	Subdirección de Medicina Reproductiva	Coordinación de Andrología
		 <pre> graph TD B[B] --> P{Procede} P -- No --> T1([Término]) P -- Si --> T10[10 Tratamiento] T10 --- F14[F-2430-14] T10 --- F18[F-2430-18] T10 --- F01[F-2130-01] T10 --- F18b[F-2240-18] T10 --> T11[11 Indicaciones de manejo de la terapia] T11 --- F20[F-2250-20] T11 --> T2([Término]) </pre>

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Dra. Mima Guadalupe Echevarría Sánchez	Dr. Fernando Gavino Gavino	Dr. Rubén Dapanco Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 INPerIER	INPerIER-DM-SMR-CA-MP-07
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
7.- Procedimiento para la atención del paciente con Hipogonadismo Tardío (P.A.D.A.M.)		Hoja: 10 de 11	



6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
Ley de los Institutos Nacionales de Salud	No Aplica
Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	No Aplica
Guía Técnica para la Elaboración de Manual de Procedimientos de la Secretaría de Salud	REV. 5 02/08 02-08
Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes	No Aplica
Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes	No Aplica

7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
"Solicitud de Interconsulta"	5 Años	Servicio de Archivo Clínico	F-2240-15
"Solicitud de Estudios de Hematología"	5 Años	Servicio de Archivo Clínico	F-2430-14
"Solicitud de Estudios de Bioquímica"	5 Años	Servicio de Archivo Clínico	F-2430-18
"Líquidos Biológicos"	5 Años	Servicio de Archivo Clínico	F-2430-16
"Solicitud de Estudios de Endocrinología"	5 Años	Servicio de Archivo Clínico	F-2130-01
"Carnet de Citas"	No Aplica	No Aplica	F-2240-18
Expediente Clínico	5 Años	Servicio de Archivo Clínico	No Aplica
"Historia Clínica de Andrología"	5 Años	Servicio de Archivo Clínico	F-2101-07
"Receta Individual"	No Aplica	No Aplica	F-2250-20

CONTROL DE EMISIÓN			
Nombre	Revisó	Autorizó	
Dra. Mirna Estrella Paravarría	Dr. Fernando Gavito Gavito	Dr. Rubén Tiapaco Barbe	
Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico	
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM- SMR-CA-MP-07
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	7.- Procedimiento para la atención del paciente con Hipogonadismo Tardío (P.A.D.A.M.)		Hoja: 11 de 11

8.0 Glosario


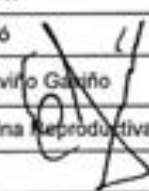
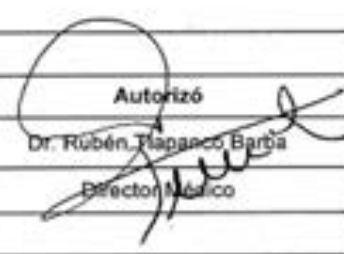
- 8.1 **Hipogonadismo de Inicio Tardío:** Es una condición clínica en la cual se encuentran niveles bajos de testosterona sérica asociada con síntomas y signos específicos, incluyendo disminución de libido, disfunción eréctil, disminución de masa muscular y densidad ósea.
- 8.2 **Terapia de Reemplazo Hormonal:** Tratamiento médico a base de hormonas con la finalidad de lograr niveles séricos óptimos fisiológicos.

9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
4	15-08-09	Actualización

10.0 Anexos

- | | |
|--|-------------|
| 10.1 Solicitud de Interconsulta | (F-2240-15) |
| 10.2 Solicitud de Estudios de Hematología | (F-2430-14) |
| 10.3 Solicitud de Estudios de Bioquímica | (F-2430-18) |
| 10.4 Líquidos Biológicos | (F-2430-16) |
| 10.5 Solicitud de Estudios de Endocrinología | (F-2130-01) |
| 10.6 Carnet de Citas | (F-2240-18) |
| 10.3 Historia Clínica de Andrología | (F-2101-07) |
| 10.4 Receta Individual | (F-2250-20) |

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Dra. Mirna Rodríguez Echavarría	Dr. Fernando Gavino Gavino	Dr. Rubén Tapasco Barba
Cargo-puesto	Coordinación de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"SOLICITUD DE INTERCONSULTA"(F-2240-15)

NO.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	RECUADRO SUP. IZQ.	Nombre del paciente empezando por su apellido paterno y número completo del expediente hospitalario.
2	DEPENDENCIA	Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.
3	SERVICIO	El Servicio tratante del paciente.
4	FECHA	La fecha en que se otorgo la consulta al paciente.
5	SERVICIO	Área o Servicio que solicita la interconsulta
6	URGENTE	Con una X en el recuadro correspondiente
7	MÉDICO SOLICITANTE	Nombre completo y clave del médico que solicita la atención
8	FECHA Y HORA	El día, mes, año y hora en que se elabora la solicitud de interconsulta
9	MÉDICO RECIBIÓ	QUE El nombre completo, clave y firma del médico que recibe la solicitud.
10	FECHA Y HORA	Día, mes año y la hora en que fue recibida la solicitud

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
 DIRECCIÓN MÉDICA
 SUBD. DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO
 DEPTO. DE LABORATORIO CENTRAL

HEMATOLOGÍA

Nombre:

(1)

Registro:

2601 <input type="checkbox"/> Biometría Hemática Completa	2621 <input type="checkbox"/> Tiempo de Trombina	2638 <input type="checkbox"/> Dilución con Salina
2608 <input type="checkbox"/> Reticulocitos	2624 <input type="checkbox"/> Corrección con plasma	2639 <input type="checkbox"/> Gota Gruesa
2610 <input type="checkbox"/> Células LE	2625 <input type="checkbox"/> Antitrombina III	2640 <input type="checkbox"/> Dímeros D
2611 <input type="checkbox"/> Eosinófilos en Moco Nasal (2)	2628 <input type="checkbox"/> Hemog. Fetal APT (Cualitativa)	2645 <input type="checkbox"/> Proteína C
2612 <input type="checkbox"/> Leucocitos en Moco Fecal	2629 <input type="checkbox"/> Fact. de Coag. V	2646 <input type="checkbox"/> Proteína S
2613 <input type="checkbox"/> Médula Ósea	2630 <input type="checkbox"/> Fact. de Coag. VII	
2614 <input type="checkbox"/> Vel Sedimentación Globular	2631 <input type="checkbox"/> Fact. de Coag. X	
2615 <input type="checkbox"/> P. Tendencia Hemorrágica	2632 <input type="checkbox"/> Fact. de Coag. VIII	
2618 <input type="checkbox"/> Prueba de Coagulación	2633 <input type="checkbox"/> Fact. de Coag. IX	
2619 <input type="checkbox"/> Fibrinógeno	2634 <input type="checkbox"/> Fact. de Coag. XI	
2620 <input type="checkbox"/> Anticoagulante Lúpico	2636 <input type="checkbox"/> Fragilidad Osmótica	

Fecha: _____ (3) Edad: _____ (4) Edad Gestacional: _____ (5) semanas.

Diagnóstico: _____ (6)

Núm. de protocolo: _____ (7) Nombre de protocolo: _____

Médico solicitante: _____ (8) Clave: _____ Firma: _____

Servicio solicitante: _____ (9) Cama: _____ (10)

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
SOLICITUD DE ESTUDIOS HEMATOLOGÍA (2430-14)**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
1	NOMBRE Y REGISTRO	El nombre completo y el número de expediente que asigna el Instituto a la paciente.
2	HEMATOLOGÍA	El examen (es) requerido (os) por el médico.
3	FECHA	La fecha del examen (es) requerido (os).
4	EDAD	La edad de la paciente.
5	EDAD GESTACIONAL	El número de semanas de gestación.
6	DIAGNÓSTICO	El diagnóstico según resultados del estudio (os) correspondiente.
7	NOMBRE Y NO. DE PROTOCOLO	El nombre y número de protocolo correspondiente.
8	MÉDICO, CLAVE Y FIRMA.	El nombre, clave y firma del médico solicitante.
9	SERVICIO SOLICITANTE	El nombre del servicio solicitado.
10	CAMA	El número de cama que se le asigne a la paciente.

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES

DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO
DEPARTAMENTO DE LABORATORIO CENTRAL

BIOQUÍMICA

Nombre: **(1)** _____

Registro: **(2)** _____

- | | | |
|--|---|---|
| 2401 <input type="checkbox"/> Glucosa | 2417 <input type="checkbox"/> Fosfatasa Alcalina (4) | 2432 <input type="checkbox"/> Calcio Iónico |
| 2402 <input type="checkbox"/> Urea (3) | 2419 <input type="checkbox"/> Bilirrubinas | 2433 <input type="checkbox"/> Lipoproteínas de Alta Dens. |
| 2403 <input type="checkbox"/> Creatinina | 2420 <input type="checkbox"/> Glucosa Postprandial 60 min. | 2434 <input type="checkbox"/> Lipoproteínas de Baja Dens. |
| 2404 <input type="checkbox"/> Acido Úrico | 2421 <input type="checkbox"/> Glicemia 60 c/50 grs. Glucosa | 2436 <input type="checkbox"/> Calcio Urinario |
| 2405 <input type="checkbox"/> Colesterol | 2422 <input type="checkbox"/> Glucosa Postprandial 120 min. | 2437 <input type="checkbox"/> Proteínas Urinarias |
| 2406 <input type="checkbox"/> Proteínas | 2423 <input type="checkbox"/> C.T. a la Glucosa 120 min. | 2438 <input type="checkbox"/> Fosfatasa Alcalina Osea |
| 2407 <input type="checkbox"/> Albúmina | 2425 <input type="checkbox"/> C.T. a la Glucosa 300 min. | 2441 <input type="checkbox"/> Gamma Glutamil transferasa (GGT) |
| 38 <input type="checkbox"/> Electrolitos (Na, K, Cl) | 2426 <input type="checkbox"/> Urea Urinaria | 2444 <input type="checkbox"/> Parathormona |
| 2412 <input type="checkbox"/> Calcio | 2427 <input type="checkbox"/> Creatinina Urinaria | 2448 <input type="checkbox"/> C.T. a la Glucosa 120 min. c/100grs |
| 2413 <input type="checkbox"/> Magnesio | 2428 <input type="checkbox"/> Triglicéridos | |
| 2414 <input type="checkbox"/> Transaminasa Glut. Oxalacética | 2429 <input type="checkbox"/> Depuración de Creatinina | |
| 2415 <input type="checkbox"/> Transaminasa Glut. Pirúvica | 2430 <input type="checkbox"/> Electrol. Urinarios (Na, K) | |
| 2416 <input type="checkbox"/> Lactato Deshidrogenasa | 2431 <input type="checkbox"/> Fósforo | |

Fecha: **(5)** _____ Edad: **(6)** _____ Edad Gestacional: **(7)** _____ semanas.

Diagnóstico: **(8)** _____

Núm. de protocolo: **(9)** _____ Nombre de protocolo: **(10)** _____

Médico solicitante: **(11)** _____ Clave: **(12)** _____ Firma: **(13)** _____

Servicio solicitante: **(14)** _____ Cama: **(15)** _____

2430-18

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
"BIOQUÍMICA" (2430-18)**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE	El nombre de la paciente.
2	REGISTRO	El número de registro de la paciente.
3	GLUCOSA CREATININA ÁCIDO ÚRICO COLESTEROL TRIGLICÉRIDOS LIPOPROTEÍNAS DE ALTA Y BAJA DENSIDAD	Perfil bioquímico y de lípidos.
4	FOSFATA ALCALINA OSTEOCALCINA F.N. PARATHORMONA COLÁGENO TIPO I	Perfil Óseo.
5	FECHA	La fecha en que se elabora la solicitud.
6	EDAD	La edad de la paciente.
7	EDAD GESTACIONAL	No aplica en Climaterio.
8	DIAGNÓSTICO	El nombre del padecimiento o problema que se detecta en la paciente.
9	NUM. DE PROTOCOLO	En su caso, el número de protocolo de investigación.
10	NOMBRE	En su caso, el nombre del protocolo.
11	MÉDICO SOLICITANTE	El nombre completo del médico que solicita los estudios.
12	CLAVE	La clave del médico solicitante.
13	FIRMA	La firma del médico solicitante.
14	SERVICIO SOLICITANTE	El nombre del servicio en el que se encuentra el médico solicitante.
15	CAMA	El número de cama asignado a la paciente.

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
SUBD. DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO
DEPTO. DE LABORATORIO CENTRAL

LIQUIDOS BIOLÓGICOS

Nombre:

Registro:

(1)

- | | | |
|---|--|---|
| 2501 <input type="checkbox"/> Examen General de Orina | 2514 <input type="checkbox"/> Madurez Pulmonar en Pool Vaginal | 2512 <input type="checkbox"/> Citoq. de Líq. de Ascitis |
| 2505 <input type="checkbox"/> Cristalografía (2) | 2507 <input type="checkbox"/> Espermatobioscopía Directa | 2513 <input type="checkbox"/> Citoq. de Líq. Peritoneal |
| 2506 <input type="checkbox"/> Espectrofot. líq. Amniótico | 2508 <input type="checkbox"/> Espermatobioscopía Funcional | 2502 <input type="checkbox"/> Citoq. de Líq. Cefalorraq |
| 2503 <input type="checkbox"/> Madurez Pulmonar Fetal | 2504 <input type="checkbox"/> Citoq. de Líq. Pericárdico | |
| 2511 <input type="checkbox"/> Madurez Pulmonar en Asp. Bronq. | 2510 <input type="checkbox"/> Citoq. de Líq. Pleural | |

Fecha: (3) Edad: (4) FUM: (5) Edad Gestacional: (6) semanas.

Diagnóstico: (7) Fecha de estudio anterior: (8)

Núm. de protocolo: (9) Nombre del protocolo: _____

Médico solicitante: (10) Clave: _____ Firma: _____

Servicio solicitante: (11) Cama: (12)

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"LÍQUIDOS BIOLÓGICOS "(F-2430-16)

NO.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE REGISTRO	Y Nombre del paciente empezando por apellido paterno
2	SOLICITUD ESTUDIOS	DE Marcar con una x los estudios requeridos
3	FECHA	La fecha en que solicita el estudio
4	EDAD	Años cumplidos de la paciente
5	FUM	Fecha de la última menstruación de la paciente
6	EDAD GESTACIONAL	Edad del embarazo de la paciente en semanas, con base a la fecha de su última menstruación
7	DIAGNÓSTICO	El diagnóstico o padecimiento actual de la paciente
8	FECHA DE ESTUDIO ANTERIOR	La fecha del último estudio de la paciente
9	NUM. Y NOMBRE DE PROTOCOLO	Número interno de identificación del protocolo de investigación y nombre en el que está incluida la paciente
10	MÉDICO SOLICITANTE	Nombre del médico que solicita el estudio
11	SERVICIO SOLICITANTE	Nombre específico del servicio que solicita el estudio
16	CAMA	El número de cama que ocupa la paciente



**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES**
DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA REPRODUCTIVA
ENDOCRINOLOGÍA

(1)

(2)

2001 <input type="checkbox"/> HORMONA LUTEINIZANTE	2009 <input type="checkbox"/> TIROTROPINA	2018 <input type="checkbox"/> ANTICUERPOS ANTITIROGLOBULINA
2002 <input type="checkbox"/> HORMONA FOLICULOESTIMULANTE (4)	2010 <input type="checkbox"/> TESTOSTERONA LIBRE	2019 <input type="checkbox"/> ANTICUERPOS ANTIMICROSOMALES
2003 <input type="checkbox"/> ESTRADIOL	2011 <input type="checkbox"/> INSULINA	2020 <input type="checkbox"/> HEMOGLOBINA GLICOSILADA
2004 <input type="checkbox"/> PROGESTERONA	2012 <input type="checkbox"/> DHEA - S	
2005 <input type="checkbox"/> PROLACTINA	2013 <input type="checkbox"/> ANDROSTENDIONA	
2006 <input type="checkbox"/> SUB. U. BETA DE GONAD. CORIÓNICA	2015 <input type="checkbox"/> TIROXINA LIBRE	
2007 <input type="checkbox"/> 17 ALFA HIDROXIPROGESTERONA	2016 <input type="checkbox"/> CORTISOL	
2008 <input type="checkbox"/> TRIYODOTIRONINA TOTAL	2017 <input type="checkbox"/> ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINA	

FECHA (3) _____ EDAD (4) _____ EDAD GEST. (5) _____ SEMANAS

DIAGNÓSTICO (6) _____

NUM. DE PROTOCOLO (7) _____ NOMBRE (8) _____

MÉDICO SOLICITANTE (9) _____ CLAVE (10) _____

SERVICIO SOLICITANTE (11) _____ CAMA (12) _____

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"ENDOCRINOLOGÍA "(F-2130-01)

NO.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	RECUADRO SUP. DERECHO	Nombre del paciente empezando por apellido paterno y número de expediente hospitalario
2	CUADRO CENTRAL	Tipo de estudio solicitado
3	FECHA	La fecha en que solicita el estudio
4	EDAD	Años cumplidos de la paciente
5	EDAD GEST/SEMANAS	Edad del embarazo de la paciente en semanas, con base a la fecha de su última menstruación
6	DIAGNÓSTICO	El diagnóstico o padecimiento actual de la paciente
7	NÚM. PROTOCOLO	Número interno de identificación del protocolo de investigación en el que está incluida la paciente
8	NOMBRE PROTOCOLO DEL	Nombre específico del protocolo de investigación en el que está incluida la paciente
9	MÉDICO SOLICITANTE	Nombre del médico que solicita el estudio
10	CLAVE	La clave médica de empleado del médico solicitante
11	SERVICIO SOLICITANTE	Área o Servicio que solicita el estudio
12	CAMA	Número de cama que ocupa la paciente, si estuviera hospitalizada

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
"CARNET DE CITAS" (2240-18)**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE, REGISTRO Y NIVEL	El nombre completo de la paciente, el número de su expediente y el nivel socioeconómico asignado por el departamento de trabajo Social.
2	CARNET DE CITAS	El nombre completo de la trabajadora social del instituto que atendió a la paciente.
3	FECHA	La fecha, mes y año de elaboración del carnet de la paciente.
4	FECHA-HORA	El día, mes y hora de la próxima consulta.
5	SERVICIO	El área médica donde se atenderá a la paciente.

ESTADO CLÍNICO DE SU PAREJA: (11)

Edad: _____ Médico tratante: _____

Nº de Nupcia: _____

Duración de la relación sexual: _____

Duración de la Esterilidad / Infertilidad: _____ años.

Tipo de Esterilidad / infertilidad: PRIMARIA () SECUNDARIA ()

EMBARAZOS ANTERIORES: SI () NO () (12)

Número de Embarazos

	Pareja actual	Otras parejas
Nacimientos viables	_____	_____
Abortos espontáneos	_____	_____
Abortos provocados	_____	_____
Ectópicos	_____	_____
Molares	_____	_____
Hijos vivos	_____	_____

(13) ¿HA UTILIZADO MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS? SI () NO ()

Métodos anticonceptivos desde el último embarazo o todos los utilizados si la esterilidad es primaria

			Duración de uso en meses
1 DIU	SI ()	NO ()	_____
2 Hormonales	SI ()	NO ()	_____
3 Locales	SI ()	NO ()	_____
4 Otros	SI ()	NO ()	_____

(14) ESTUDIO PREVIO DE ESTERILIDAD: SI () NO ()

Especificar diagnóstico: _____

Ha tenido Inseminaciones previas: SI () NO () ESPECIFICAR

Semen fresco () Semen capacitado () Semen de donador ()

No. de Ciclos: _____ Resultados: _____

HISTORIA FAMILIAR REPRODUCTIVA: (15)

F: _____

M: _____

DIAGNÓSTICOS ELABORADOS EN EL INPerIER: (16)

ESPECIFICAR

- () F. Endocrino-Ovárico: _____
- () F Tubo-Peritoneal: _____
- () F. Uterino: _____
- () F. Cérvico-Espermático: _____
- () Endometriosis (clasificación): _____
- () Abortos repetidos: _____
- () Otros: _____

TRATAMIENTO ACTUAL: (17)

MEDICO: _____

REPRODUCCIÓN ASISTIDA:

IAH: No. de ciclos: _____ fechas: _____

GIFT / FIVTE:

HISTORIA ANDROLÓGICA (18)

ANTECEDENTES DE FERTILIDAD

Embarazos previos SI () NO ()

Número de embarazos:

	Pareja actual	Otras parejas
Nacimientos viables:	_____	_____
Abortos espontáneos	_____	_____
Abortos provocados	_____	_____
Ectópicos	_____	_____
Molares	_____	_____
Hijos vivos	_____	_____

TIPO DE ESTERILIDAD: PRIMARIA () SECUNDARIA ()

ESTUDIOS PREVIOS POR ESTERILIDAD: SI () NO () (19)

1. Análisis seminal	1. Normal	2. Anormal	3. No hecho
2. Espermecultivo	1. Normal	2. Anormal	3. No hecho
3. E.G.O.	1. Normal	2. Anormal	3. No hecho
4. Urocultivo	1. Normal	2. Anormal	3. No hecho
5. Hormonas	1. Normal	2. Anormal	3. No hecho
6. Ultrasonido testicular	1. Normal	2. Anormal	3. No hecho
7. Ultrasonido Prostático	1. Normal	2. Anormal	3. No hecho
8. Biopsia testicular	1. Normal	2. Anormal	3. No hecho

9. Otros: _____

Especificar resultados de los Números 6, 7 y 8 _____

TRATAMIENTO PREVIO DE LA INFERTILIDAD: NO () SI () (20)

Especifique: _____

ANTECEDENTES SEXUALES (21)

Pubertad y desarrollo: Edad: _____ Normal () Anormal * ()

Especificar * : _____

IVSA: _____ años. NPSP: _____

TRS: V ()	Protección	1. SI	2. NO
O ()	Protección	1. SI	2. NO
R ()	Protección	1. SI	2. NO
CH SI () NO ()	Protección	1. SI	2. NO
ZOOFILIA SI () NO ()	Protección	1. SI	2. NO

VIDA SEXUAL ACTUAL: (22)

NPA: _____ FRS: _____ (semanal) F masturbación: _____ (semanal)

Dirigidas a días fértiles SI () NO ()

TRS: V ()	Protección	1. SI	2. NO
O ()	Protección	1. SI	2. NO
R ()	Protección	1. SI	2. NO

FUNCIÓN SEXUAL: (23)

Libido Normal () Disminuida ()

Erección Normal () Disminuida ()

Impotencia 1. SI 2. NO

Erección matutina 1. SI 2. NO

Polución nocturna 1. SI 2. NO

Eyacuación Intravaginal () Extravaginal * ()

cantidad : normal () aumentada * () disminuida * ()

Especificar* : _____

De la penetración a la eyacuación tarda: _____ min.

Logra contener la eyacuación 1. SI () 2. NO ()

Dolorosa 1. SI () 2. NO ()

Hemospermia 1. SI () 2. NO ()

Orgasmo 1. Normal () 2. Inadecuado ()

FUNCIÓN PROSTATICA: (24)

1. Inicio miccional	Normal ()	Retardado ()
2. Grosor del chorro	Normal ()	Disminuido ()
3. Goteo postmiccional	SI ()	NO ()
4. Hematuria	SI ()	NO ()
5. Disuria	SI ()	NO ()
6. Dolor perineal	SI ()	NO ()
7. Nicturia	SI ()	NO ()
8. Prostatitis	SI ()	NO ()
9. Tenesmo	SI ()	NO ()

PATOLOGÍAS O TRATAMIENTOS QUE PUEDAN INFLUIR EN LA FERTILIDAD:**ÁREA GENITOURINARIA (25)**

¿Ha tenido alguna vez las siguientes enfermedades de transmisión sexual?

1. Sífilis	SI ()	NO ()	
2. Gonorrea	SI ()	NO ()	
3. Chlamydia	SI ()	NO ()	
4. Mycoplasma	SI ()	NO ()	
5. Herpes	SI ()	NO ()	
6. Papiloma	SI ()	NO ()	
7. Otros	SI ()	NO ()	Especificar: _____

Especificar: Año: _____ Tratamiento: _____

¿Ha tenido por lo menos tres cuadros de infección urinaria en los últimos 12 meses?:

SI () NO () tratamiento: _____

¿Ha tenido fiebre de 38°C o más en los últimos 3 meses?

SI () NO ()

¿Le han practicado alguna de las siguientes cirugías?:

1. Estrechez uretral	SI ()	NO ()	año: _____
2. Hipospadias	SI ()	NO ()	año: _____
3. Orquidopexia	SI ()	NO ()	año: _____

- | | | | |
|-------------------------------------|--------|--------|------------|
| 4. Orquiectomía | SI () | NO () | año: _____ |
| 5. Prostatectomía | SI () | NO () | año: _____ |
| 6. Cuello de la Vejiga | SI () | NO () | año: _____ |
| 7. Vasectomía | SI () | NO () | año: _____ |
| 8. Hernia Inguinal | SI () | NO () | año: _____ |
| 9. Simpatomía | SI () | NO () | año: _____ |
| 10. Varicocelelectomía | SI () | NO () | año: _____ |
| 11. Linfadenectomía retroperitoneal | SI () | NO () | año: _____ |
| 12. Hemorroidectomía | SI () | NO () | año: _____ |
| 13. Circuncisión | SI () | NO () | año: _____ |

¿Ha presentado alguna vez las siguientes patologías testiculares?

- | | | | | | |
|------------------------------|--------|--------|-------|-------|------------|
| 1. Epididimitis | SI () | NO () | D () | I () | año: _____ |
| 2. Dolor testicular | SI () | NO () | D () | I () | año: _____ |
| 3. Orquitis | SI () | NO () | D () | I () | año: _____ |
| 4. Orquitis Viral | SI () | NO () | D () | I () | año: _____ |
| 5. Traumatismos testiculares | SI () | NO () | D () | I () | año: _____ |
| 6. Torsión testicular | SI () | NO () | D () | I () | año: _____ |
| 7. Testículos retráctiles | SI () | NO () | D () | I () | año: _____ |

Tratamiento: _____

(26) ENFERMEDADES SISTEMICAS:

- | | | | |
|-----------------------------|--------|--------|------------|
| 1. Trastornos Visuales | SI () | NO () | año: _____ |
| 2. Pérdida de la Conciencia | SI () | NO () | año: _____ |
| 3. Lesión Medular | SI () | NO () | año: _____ |
| 4. Crisis Convulsivas | SI () | NO () | año: _____ |
| 5. Cefalea | SI () | NO () | año: _____ |
| 6. Hepatitis | SI () | NO () | año: _____ |
| 7. Tuberculosis | SI () | NO () | año: _____ |
| 8. Parotiditis | SI () | NO () | año: _____ |
| 9. Fibrosis Quística | SI () | NO () | año: _____ |

- 10 Bronquitis Crónica SI () NO () año: _____
11. Sinusitis SI () NO () año: _____
12. Diabetes SI () NO () año: _____
13. Hipotiroidismo SI () NO () año: _____
14. Galactorrea SI () NO () año: _____
15. Hipertensión Arterial SI () NO () año: _____
16. Trauma en el Cráneo SI () NO () año: _____
17. Patología Oncológica SI () NO () año: _____
18. Otros: _____
- Especificar Tratamiento: _____

(27) EXPOSICIÓN A AGENTES FISICO-QUIMICOS GONADOTOXICOS:

- | | | | | |
|-------------------------|--------|--------|--------------------|------------------|
| 1. Tabaco | NO () | SI () | Edad de Inicio () | Frecuencia _____ |
| 2. Alcohol | NO () | SI () | Edad de Inicio () | Frecuencia _____ |
| 3. Marihuana | NO () | SI () | Edad de Inicio () | Frecuencia _____ |
| 4. Cocaína | NO () | SI () | Edad de Inicio () | Frecuencia _____ |
| 5. Heroína | NO () | SI () | Edad de Inicio () | Frecuencia _____ |
| 6. Solventes | NO () | SI () | Edad de Inicio () | Frecuencia _____ |
| 7. Pintura Vinílica | NO () | SI () | Edad de Inicio () | Frecuencia _____ |
| 8. Pegamentos | NO () | SI () | Edad de Inicio () | Frecuencia _____ |
| 9. Plomo | NO () | SI () | Edad de Inicio () | Frecuencia _____ |
| 10. Pesticidas | NO () | SI () | Edad de Inicio () | Frecuencia _____ |
| 11. Fertilizantes | NO () | SI () | Edad de Inicio () | Frecuencia _____ |
| 12. Dinitrobenceno | NO () | SI () | Edad de Inicio () | Frecuencia _____ |
| 13. Dibromocloropropano | NO () | SI () | Edad de Inicio () | Frecuencia _____ |
| 14. Vapor-sauna | NO () | SI () | Edad de Inicio () | Frecuencia _____ |
| 15. Radiaciones | NO () | SI () | Edad de Inicio () | Frecuencia _____ |
| 16. Quimioterapia | NO () | SI () | Edad de Inicio () | Frecuencia _____ |
| 17. Medicación Crónica | NO () | SI () | Edad de Inicio () | Frecuencia _____ |
| 18. Ejercicio con pesas | NO () | SI () | Edad de Inicio () | Frecuencia _____ |
| 19. Otros _____ | | | | |

Protección empleada: NO () SI ()

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES: (28)

1. Diabetes: _____
2. Hipotiroidismo: _____
3. Hipertensión arterial: _____
4. Insuficiencia venosa: _____
5. Oncológicos: _____
6. Neurológicos: _____

EXPLORACIÓN FÍSICA: (29)

Peso: _____ kg. Talla: _____ m. IMC: _____
T.A. : _____ mmHg FC: _____ x' FR. : _____ x'

Brazada: _____

Inspección general: Normal () Anormal ()

Exploración de :

- | | | |
|----------------------------|------------|-------------|
| 1. Cabeza | Normal () | Anormal () |
| 2. Cuello | Normal () | Anormal () |
| 3. Tórax | Normal () | Anormal () |
| 4. Abdomen | Normal () | Anormal () |
| 5. Extremidades Inferiores | Normal () | Anormal () |

Comentarios: _____

Complexión: () Robusta () Mediana () Delgada

Habitus: () Normal () Enucoide

Virilización Tanner:

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5
Ginecomastia SI () NO ()

EXPLORACIÓN GENITAL: (30)**PENE:**

- | | | |
|---------------------------|--------|--------|
| 1. Normal | SI () | NO () |
| 2. Fimosis | SI () | NO () |
| 3. Parafimosis | SI () | NO () |
| 4. Epispadias | SI () | NO () |
| 5. Hipospadias | SI () | NO () |
| 6. Cicatrices | SI () | NO () |
| 7. Manchas hipocrómicas | SI () | NO () |
| 8. Manchas hiperocrómicas | SI () | NO () |
| 9. Condilomas | SI () | NO () |
| 10. Circuncisión | SI () | NO () |
| 11. Otros: | _____ | |

URETRA: (31)

- | | | |
|----------------|--------|--------|
| 1. Normal | SI () | NO () |
| 2. Eritematosa | SI () | NO () |
| 3. Secreción | SI () | NO () |
| 4. Otros: | _____ | |

TESTÍCULOS: (32)**Derecho:**

Longitud: _____ x _____ . Volumen: _____ cc.

- Consistencia: () Normal () Disminuida () Aumentada
 () Hematocele () Hidrocele
 () Hernia Inguinoescrotal

EPIDÍDIMO: () Normal () Engrosado () Doloroso () Ausente/Incompleto
 () Quiste _____ () Espermatocelo

DEFERENTE: () Normal () Engrosado () Doloroso () Ausente/Incompleto

VARICOCELE () Grado I () Grado II () Grado III

Izquierdo:

Longitud: _____ x _____, Volumen: _____ cc.

Consistencia: () Normal () Disminuida () Aumentada
() Hematocele () Hidrocele
() Hernia Inguinoescrotal

EPIDÍDIMO: () Normal () Engrosado () Doloroso () Ausente/Incompleto
() Quiste _____ () Espermatocoele

DEFERENTE: () Normal () Engrosado () Doloroso () Ausente/Incompleto

VARICOCELE () Grado I () Grado II () Grado III

INGLES:

Derecha

Izquierda

- | | | |
|----------------------|---------------|---------------|
| 1. Normales | SI () NO () | SI () NO () |
| 2. Cadena ganglionar | SI () NO () | SI () NO () |
| 3. Cicatrices | SI () NO () | SI () NO () |
| 4. Otros: | _____ | |

(33) PRÓSTATA: () Normal () Aumentada () Dolorosa () Nodular
() Lisa () Otros: _____

(34) VESÍCULAS SEMINALES: () Normal () Aumentada () Dolorosa
() Nodular () Lisa () Otros: _____

(35) EXPLORACIÓN GENERAL (datos positivos): _____
2. _____
3. _____
4. _____

REALIZO: _____ (36)

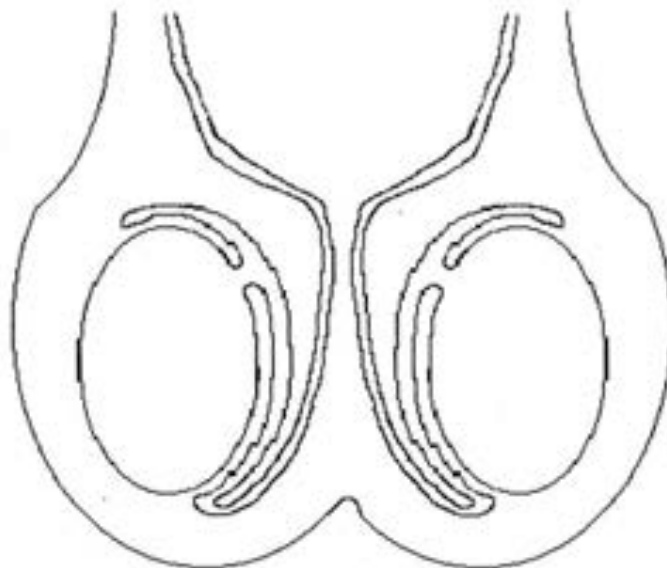
SUPERVISO: _____ (37)

V. DIAGNOSTICO (38)

1. Disfunción sexual, eyaculatoria o ambas
2. Causa inmunológica
3. Sin causa aparente
4. Anormalidades aisladas del plasma seminal
5. Causas iatrogénicas
6. Causas sistémicas
7. Anormalidades congénitas
8. Daño testicular adquirido
9. Varicocele
10. Infección glándulas accesorias
11. Causa endocrina
12. Oligozoospermia idiopática
13. Astenozoospermia idiopática
14. Teratozoospermia idiopática
15. Azoospermia obstructiva
16. Azoospermia idiopática
17. Otros: _____

¿Cuáles?

Comentarios: _____ (39)



13

12

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
"HISTORIA CLÍNICA" (2101-07ABCDEF G)**

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
1	FECHA	Día, mes y año
2	REGISTRO	Número de registro en el INPerIER
3	NOMBRE	El nombre de la paciente
4	NOMBRE DEL CÓN-YUGE	El nombre del cónyuge
5	EDAD Y FECHA DE NAC.	La edad y la fecha de nacimiento de la paciente
6	DATOS DE DOMICILIO	El domicilio actual del paciente y ocupación.
7	MOTIVO DE LA CONSULTA	Diagnóstico presuntivo y que requiere llevar algún tratamiento
8	DIAGNÓSTICO	El diagnóstico referido
9	N° DE NUPCIA	Número de veces de nupcias
10	PROTOCOLO	Folio y nombre del protocolo de investigación.
11	ESTADO CLÍNICO DE SU PAREJA	Datos de referencia
12	EMBARAZOS ANTERIORES	Datos de referencia
13	MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	Utilización y tiempo
14	ESTUDIOS PREVIOS	Especificar los estudios previos
15	HISTORIA FAMILIAR REPRODUCTIVA	Datos de referencia
16	DIAGNÓSTICOS ELABORADOS	Diagnósticos referidos en el INPerIER
17	TRATAMIENTO ACTUAL	Datos referidos

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
"HISTORIA CLÍNICA" (2101-07ABCDEFG)

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
18	ANTECEDENTES DE FERTILIDAD	Datos de referencia
19	ESTUDIOS PREVIOS POR ESTERILIDAD	Datos de referencia.
20	TRATAMIENTO PREVIO DE ESTERILIDAD	Datos de referencia
21	ANTECEDENTES SEXUALES	Datos de referencia
22	VIDA SEXUAL ACTUAL	Datos de referencia
23	FUNCIÓN SEXUAL	Datos de referencia
24	FUNCIÓN PROSTATICA	Datos de referencia
25	ÁREA GENITOURINARIA	Las respuestas a los cuestionamientos
26	ENFERMEDADES SISTEMICAS	Datos de referencia
27	EXPOSICIÓN A AGENTES QUÍMICOS GONADOTOXICOS	Datos de referencia
28	ANTECEDENTES	Datos de referencia
29	HEREDO FAMILIARES EXPLORACIÓN FÍSICA	Datos de referencia
30	EXPLORACIÓN GENITAL	Datos de referencia
31	URETRA	Datos de referencia
32	TESTÍCULOS	Datos de referencia
33	PRÓSTATA	Datos de referencia
34	VESICULAS SEMINALES	Datos de referencia

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
"HISTORIA CLÍNICA" (2101-07ABCDEFG)

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
35	EXPLORACIÓN GENERAL	Hallazgos encontrados Número de registro en el INPerIER
36	REALIZÓ	El nombre del personal que realizó la Historia Clínica
37	SUPERVISÓ	El nombre del personal que supervisó la Historia Clínica
38	DIAGNÓSTICO	Diagnóstico determinado
39	COMENTARIOS	Observaciones y comentarios a la información recabada.

(1)



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
SUBDIRECCIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
DEPARTAMENTO DE TOCOCIRUGÍA Y URGENCIAS

SERVICIO _____ **(2)**

R.X.

(3)

1)

2)

INDICACIONES:

(4)



1)

2)


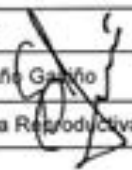
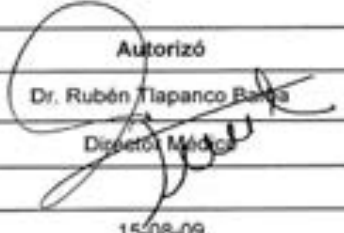
FECHA:	(5)	AÑO	MES	DÍA	MÉDICO:	(6)	CLAVE	(7)
--------	-----	-----	-----	-----	---------	-----	-------	-----



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
"RECETA INDIVIDUAL" (2250-20)

NO.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	RECUADRO	El Nombre completo y número de registro de la paciente.
2	SERVICIO	El nombre del servicio que emite la receta.
3	R.X.	El nombre de los medicamentos prescritos a la paciente.
4	INDICACIONES	Las indicaciones necesarias para administrar los medicamentos.
5	FECHA	El año, mes y día en que se elabora la receta.
6	MÉDICO	El nombre completo del médico responsable.
7	CLAVE	El número de clave del médico responsable.

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 INPerIER	INPerIER-DM-SMR-CA-MP-08
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	8.- Procedimiento para el egreso del paciente		Hoja: 1 de 5

8.- PROCEDIMIENTO PARA EL EGRESO DEL PACIENTE

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Dra. Mirna González Echavarría	Dr. Fernando Gaviño Gaviño	Dr. Rubén Tiapanco Balsa
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM- SMR-CA-MP-08
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	8.- Procedimiento para el egreso del paciente		Hoja: 2 de 5

1.0 Propósito

1.1 Egresar al paciente de la Coordinación de Andrología, en caso de máximo beneficio hospitalario, de haberse cumplido los objetivos reproductivos, o bien haber cumplido con dos años de tratamiento sustitutivo por disminución parcial de andrógenos, a fin de permitir que la Coordinación esté en condiciones de seguir atendiendo a otros pacientes sin que la capacidad sea un impedimento para ello.

2.0 Alcance


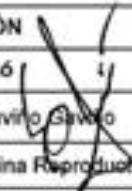

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica y a la Subdirección de Medicina Reproductiva (Coordinación de Andrología).



2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a los pacientes varones de las parejas evaluadas por problemas en salud reproductiva o disminución parcial de andrógenos, que acudan para su atención al Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

3.1 Será responsabilidad de la Dirección Médica a través de la Subdirección de Medicina Reproductiva verificar que la Coordinación de Andrología cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:


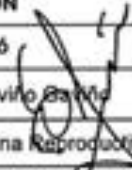
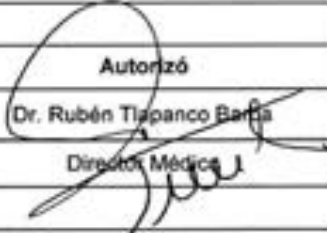
- Valorar el Egreso del paciente después de haber recibido el tratamiento indicado.
- Canalizar al paciente a otros servicios o Instituciones de salud para continuar vigilancia y tratamiento médico si el caso así lo amerita.
- Proporcionar la consejería reproductiva adecuada para cada caso.
- Egresar al paciente de la Coordinación de Andrología de acuerdo a los siguientes criterios:
 - a) Si se consigue el objetivo reproductivo.
 - b) Si hay curación o mejoría respecto del motivo de envío a la consulta de andrología.
 - c) Si se canaliza al paciente a otro servicio o Institución de salud para continuar vigilancia o tratamiento médico.
 - d) Si existe un máximo beneficio hospitalario proporcionando consejo reproductivo.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Dra. Mirna González Chavarría	Dr. Fernando Gavino Garza	Dr. Rubén Tiapanco Barba
Cargo-puesto	Coordinadora de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Director Médico
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		INPerIER-DM-SMR-CA-MP-08
	Coordinación de Andrología		Rev. 4
	8.- Procedimiento para el egreso del paciente		Hoja: 3 de 5

4.0 Descripción del procedimiento

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0 Emisión de Instrucción	1.1 Instruye a la Subdirección de Medicina Reproductiva para que lleve a cabo el procedimiento de egreso del paciente de la Coordinación de Andrología.	Dirección Médica
2.0 Recepción y transmisión de Instrucción	2.1 Recibe instrucción y solicita a la Coordinación de Andrología lleve a cabo el procedimiento para el egreso del paciente.	Subdirección de Medicina Reproductiva
3.0 Recepción de instrucción y evaluación del paciente	3.1 Recibe instrucción. 3.2 Evalúa el médico adscrito el estado clínico del paciente, posterior a haber recibido el o los tratamientos previamente indicados.	Coordinación de Andrología
4.0 Valoración de Egreso	4.1 Valora otorgar el egreso del paciente. ¿Procede? No: Brinda consejería reproductiva. TERMINA PROCEDIMIENTO Si: Continúa Procedimiento	Coordinación de Andrología
5.0 Egreso	5.1 Otorga egreso por condiciones médicas o bien por máximo beneficio hospitalario. 5.2 Proporciona la información necesaria al paciente para concluir sus trámites. 5.3 Realiza anotaciones pertinentes en Expediente Clínico. <ul style="list-style-type: none"> Expediente Clínico <p style="text-align: center;">TERMINA PROCEDIMIENTO</p>	Coordinación de Andrología

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró	Revisó	Autorizó
Nombre	Dr. Mirna Echevarría	Dr. Fernando Gavino	Dr. Rubén Tlapanco Barja
Cargo-puesto	Coordinación de Andrología	Subdirector de Medicina Reproductiva	Dirección Médica
Firma			
Fecha	05-11-08	30-07-09	15-08-09