INFORME MENSUAL DE PRODUCCIÓN DE SERVICIOS DE II Y III NIVEL

CODIGO: R.A. SALUD INE – 301b (01/2024)

Código Subsector: A B C D E F G

SEDES: _____ Red de Salud: _____ Municipio: _____

Establecimiento: _____ Mes reportado: _____ Año: _____

	CONSULTA EXTERNA POR ESPECIALIDAD	Menor de 6 meses				6 meses a menor de 1 año				1 a 4 años				5 a 9 años				10 a 14 años				15 a 19 años				20 a 39 años				40 a 49 años				50 a 59 años				60 y más			
		NUEVO		REPETIDO		NUEVO		REPETIDO		NUEVO		REPETIDO		NUEVO		REPETIDO		NUEVO		REPETIDO		NUEVO		REPETIDO		NUEVO		REPETIDO		NUEVO		REPETIDO		NUEVO		REPETIDO		NUEVO		REPETIDO	
Cod	Especialidad	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
	Medicina General																																						
	Medicina Interna																																						
	Pediatría																																						
	Ginecologia - Obstetricia																																						
	Cirugía General																																						
	OTRAS ESPECIALIDADES																																						

	EMERGENCIA	Menor de 6 meses		6 meses a menor de		1 a 4 años		5 a 9 años		10 a 14 años		15 a 19 años		20 a 39 años		40 a 49 años		50 a 59 años		60 años y más	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
	Consulta por Emergencia																				
	Defunciones en emergencias Antes de las 48 hrs.																				
	Defunciones en emergencias A partir de las 48 hrs.																				

	INGRESOS Y EGRESOS POR SERVICIO DE INTERNACION		Camas	INGRESOS			EGRESOS					REFERENCIA/CONTRARREFERENCIA		Ingresos y egresos del mismo dia	Dias Cama Ocupada	Dias Cama Disp.
							Alta			Defunción antes de 48 Hrs.	Defunción a partir de 48 Hrs.	Traslado Interno	Referidos	Contrareferidos		
	Cod	Servicio		Existencia	Nuevos	Traslado Interno	Medica	Solicitada	Fuga							
		Medicina General														
		Medicina Interna														
		Pediatría														
		Ginecologia - Obstetricia														
		Cirugía General														
		OTRAS ESPECIALIDADES														

	INTERCONSULTAS REALIZADAS EN SERVICIOS DE:	Menor de 6 meses		6 meses a menor de		1 a 4 años		5 a 9 años		10 a 14 años		15 a 19 años		20 a 39 años		40 a 49 años		50 a 59 años		60 años y más	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
	Emergencias																				
	Consulta Externa																				
	Internación																				

	CIRUGIAS Y ANESTESIAS	M	F
	N° de Cirugías medianas		
	N° de Cirugías mayores		
	Nº de cirugias de emergencias realizadas en el periodo		
	Nº de cirugias programadas para el periodo		
	Nº de cirugias realizadas en el periodo		
	N° de Complicaciones postquirúrgicas		
	N° de Anestesias Regionales		
	N° de Anestesias Generales		
	N° de Complicaciones Anestesicas		

		CANTIDAD
	Nº de Quirófanos instalados	
	Nº de Quirófanos funcionantes en el periodo	
	Nº de Quirófanos en el periodo destinados a cirugias de emergencias	
	Nº de Quirófanos funcionantes en el periodo destinados a cirugias programadas	

	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	EMERGENCIAS	CONSULTA EXRERNA	INTERNACIÓN
	Sueros			
	Inyectables			
	Administración oral de medicamentos			
	Administración de Sondas			
	Curaciones y/o suturas			
	Otras actividades			

	REFERENCIA, TRANSFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	EMERGENCIAS		CONSULTA EXTERNA		INTERNACIÓN	
		M	F	M	F	M	F
	Nº de referencias recibidas por el establecimiento						
	Nº de autoreferencias recibidas por el establecimiento						
	N° de referencias adecuadas						
	N° de referencias inadecuadas						
	N° de referencias justificadas						
	N° de referencias injustificadas						
	N° de referencias oportunas						
	N° de referencias inoportunas						
	Nº DE Transferencias realizadas a otros establecimientos de salud						
	Nº de Contrarreferencias realizadas						

	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	EMERGENCIAS		CONSULTA EXTERNA		INTERNACIÓN		QUIROFANO	
		M	F	M	F	M	F	M	F
	N° de Pruebas de laboratorio realizados								
	N° de Placas radiográficas realizada								
	N° de ecografíass realizadas								
	N° de electrocardiogramas realizados								
	Nº de Estudios de Anatomía Patológica								
	Nº de Otros Estudios Complementarios								

	TRATAMIENTO COMPLEMENTARIOS	M	F
	N° de Quimioterapia realizadas		
	N° de Radioterapias realizadas		
	N° de Seciones de Fisioterapia realizadas en consulta externa		
	N° de Seciones de Fisioterapia realizadas en servicio de internación		
	N° de hemodiálisis realizadas		
	Nº de Usuarias (os) en Dialisis Peritoneal		
	Nº de Transfusiones de sangre realizadas		

	GESTION DE CALIDAD	Cantidad
	Nº de CAI hospitario	
	No. de auditorias Internas de Servicio en Aplicación de la Norma Técnica	
	No. de auditorias Programadas en aplicación de la norma técnica	
	Nº de autoevaluaciones para Acreditación de los Servicios	

DECLARACIÓN JURADA

Yo : .....

Nombre y Apellidos

Declaro la veracidad de los datos del presente formulario

Firma

Lugar y Fecha: ...../...../ 20.....