

| | | |
|-----------------------------------|--|----------------------|
| | Nombre del Procedimiento: REALIZACIÓN DE EXAMEN ELECTROENCEFALOGRAMA. | Fecha: OCT-14 |
| | Area Responsable: ELECTROENCEFALOGRAFIA. | Versión: 1ª. |
| | Responsable del Proceso: Técnico en Electroencefalografía. | Página: 1/4 |
| DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES | | |

| PASO | RESPONSABLE | ACTIVIDAD | DOCUMENTO DEL TRABAJO |
|-------------|--------------------|---|------------------------------|
| 1 | Técnico. | 1. Presentarse al Área de Electroencefalografía, a la hora citada. | |
| 2 | | 2. Esperar un tiempo prudencial, y será llamado por su nombre. | |
| 3 | | 3. Se le orienta sobre el procedimiento y se ubica en el canapé. | |
| 4 | | 4. Se realiza examen de Electroencefalografía. | |
| 5 | | 5. Espera un momento mientras se le brinda el resultado. | |
| 6 | | 6. Se le entrega el resultado del examen y se anota en libro de registro. | |
| 7 | | 7. Se despacha paciente. | |

| | | |
|--|--|----------------------|
| | Nombre del Procedimiento: REALIZACIÓN DE EXAMEN ELECTROENCEFALOGRAMA. | Fecha: oct-14 |
| | Area Responsable: Encefalografía. | Versión: 1ª. |
| | Responsable del Proceso: Técnico en Electroencefalografía. | Página: 2/4 |

EXAMEN DE ELECTROENCEFALOGRAMA

-Se debe de presentar con el cabello limpio, seco y sin grasa.

-Un día antes del examen debe de acostarse a las 11 pm.

-El día del examen levantarse a las 2 am.

-Puede desayunar o almorzar, según el horario de su cita.

-Si toma medicamentos, preguntar a su medico tratante si los suspenderá para realizar el examen.

-Si es posible, debe hacerse acompañar por otra persona.



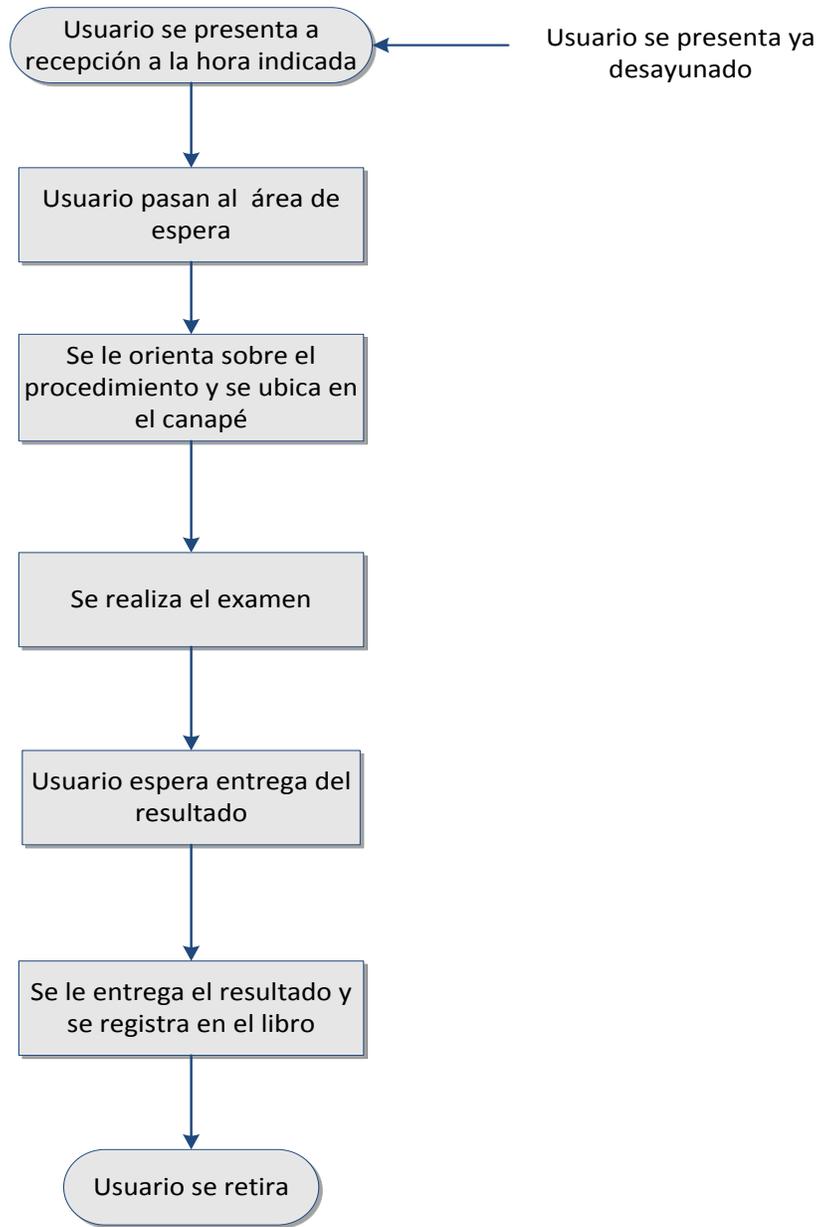
| | | |
|--|--|----------------------|
| | Nombre del Procedimiento: REALIZACIÓN DE EXAMEN ELECTROCARDIOGRAMA. | Fecha: OCT-14 |
| | Area Responsable: ELECTROCARDIOGRAFÍA. | Versión: 1ª. |
| | Responsable del Proceso: Técnico en Electrocardiograma. | Página: 3/4 |

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

| PAS O | RESPONSABLE | ACTIVIDAD | DOCUMENTO DEL TRABAJO |
|------------------|--------------------|--|----------------------------------|
| 1 | Usuari@ | 1. Presentarse a la Unidad de Electrocardiografía. | |
| 2 | | 2. Espera un momento mientras es llamado por su nombre. | |
| 3 | Técnic@s. | 3. Solicita colocarse gabacha, si es mujer; o quitarse la camisa para los hombres. | |
| 4 | | 4. Se realiza Electrocardiograma (EKG). | |
| 5 | | 5. Se solicita se vista el paciente. | |
| 6 | | 6. Se le entrega el resultado del examen y se anota en libro de registro. | |
| 7 | | 7. Se despacha paciente. | |

| | | |
|--|--|----------------------|
| | Nombre del Procedimiento: REALIZACIÓN DE EXAMEN ELECTROCARDIOGRAMA. | Fecha: OCT-14 |
| | Area Responsable: ELECTROCARDIOGRAFÍA. | Versión: 1ª. |
| | Responsable del Proceso: Técnico en Electrocardiograma. | Página: 4/4 |

EXAMEN DE ELECTROCARDIOGRAMA





Raul Roberto Castillo Duran

DR. RAUL ROBERTO CASTILLO DURAN

DIRECTOR HOSPITAL SALDAÑA