

I. DISPOSICIÓN XERAIS

MINISTERIO DE SANIDADE E POLÍTICA SOCIAL

14199 *Real decreto 1093/2010, do 3 de setembro, polo que se aproba o conxunto mínimo de datos dos informes clínicos no Sistema Nacional de Saúde.*

A Lei 41/2002, do 14 de novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigas en materia de información e documentación clínica, regula no seu artigo 15 o contido mínimo da historia clínica de cada paciente. As comunidades autónomas, no exercicio das súas competencias en materia de xestión da atención sanitaria, implantaron diferentes modelos e solucións de historia clínica ou historia de saúde para o uso interno dos seus respectivos centros e servizos que, nos últimos anos, substituíu o soporte tradicional en papel polo dixital ou electrónico. O grao de implantación actual da historia clínica electrónica nos centros e servizos do Sistema Nacional de Saúde aproxímase xa á totalidade destes no nivel asistencial de atención primaria de saúde, e é previsible que, nun prazo breve, se alcance un nivel similar de implantación nos centros de atención especializada e de emerxencias médicas.

Na disposición adicional terceira da citada lei dispónse que o Ministerio de Sanidade e Consumo, en coordinación e coa colaboración das comunidades autónomas competentes na materia, promoverá, coa participación de todos os interesados, a implantación dun sistema de compatibilidade que, atendida a evolución e dispoñibilidade dos recursos técnicos, e a diversidade de sistemas e tipos de historias clínicas, posibilite o seu uso polos centros asistenciais de España que atendan un mesmo paciente, para evitar que os atendidos en diversos centros se sometan a exploracións e procedementos de innecesaria repetición.

Así mesmo, no artigo 56 da Lei 16/2003, do 28 de maio, de cohesión e calidade do Sistema Nacional de Saúde, encoméndase ao Ministerio de Sanidade e Consumo, co acordo das comunidades autónomas, a coordinación dos mecanismos de intercambio electrónico de información clínica e de saúde individual para permitir o acceso de profesionais e interesados á historia clínica.

Por outra parte, na Lei 11/2007, do 22 de xuño, de acceso electrónico dos cidadáns aos servizos públicos e as súas normas de desenvolvemento, abórdanse aqueles aspectos en que é obrigado que as previsións normativas sexan comúns, como é o caso da interoperabilidade, que, como capacidade dos sistemas de información e dos procedementos a que dan soporte para compartir datos e posibilitar o intercambio de información e coñecemento entre eles, resulta necesaria para a cooperación, o desenvolvemento, a integración e a prestación de servizos conxuntos polas administracións públicas.

Existen solucións tecnolóxicas que fan posible a interoperabilidade, entendida como a transmisión de datos entre sistemas de información heteroxéneos, da cal un dos seus aspectos é a interoperabilidade semántica. Un dos pasos imprescindibles para alcanzala é definir, por acordo, o conxunto de datos que, pola súa relevancia, deben estar contidos nos diferentes informes clínicos que describen os procesos de atención sanitaria realizados a cidadáns concretos en calquera centro ou servizo do Sistema Nacional de Saúde. Esta homoxeneidade é un dos elementos de normalización que facilitan o intercambio entre sistemas diferentes ao servizo dos cidadáns.

Ademais da contribución que supón a normalización dos contidos de cara a facer posible a interoperabilidade entre sistemas de información distintos, a instauración de modelos básicos, contrastados por expertos, como instrumento para recoller e presentar a información clínica de maneira estandarizada, permite garantir unha homoxeneidade nos contidos dos documentos clínicos no sistema sanitario público que facilita a súa comprensión e a máis rápida localización da información, tanto aos pacientes como aos profesionais sanitarios, con independencia do territorio onde deban ser atendidos ou onde se xerese a

información, dando desta forma cumprimento ao mandato da Lei de cohesión e calidade do Sistema Nacional de Saúde.

Este real decreto, atendida a diversidade de sistemas e tipos de historias clínicas vixentes no ámbito de cada comunidade autónoma, e co consenso de profesionais sanitarios de distintas áreas de coñecemento, pretende establecer o conxunto mínimo de datos que deberán conter unha serie de documentos clínicos co fin de compatibilizar e facer posible o seu uso por todos os centros e dispositivos asistenciais que integran o Sistema Nacional de Saúde. Así mesmo, garántese a aplicación das previsións deste real decreto nos centros e dispositivos asistenciais que atendan aos mutualistas e beneficiarios de MUFACE, ISFAS e MUXEXU.

Na elaboración deste real decreto foron oídos os colectivos profesionais implicados na atención sanitaria, a través dun amplo conxunto de sociedades científicas de diferentes especialidades médicas e de enfermaría. Así mesmo, foron consultadas as comunidades autónomas, a través de grupos de expertos designados pola Subcomisión de Sistemas de Información, as mutualidades de funcionarios civís do Estado, das Forzas Armadas e do persoal ao servizo da Administración de xustiza; someteuse ao pleno do Consello Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde e conta ademais co informe favorable da Axencia Española de Protección de Datos.

Esta norma, que ten a condición de básica, no sentido previsto no artigo 149.1.1.^a e 16.^a da Constitución, que lle atribúe ao Estado as competencias para establecer as condicións básicas que garantan a igualdade de todos os españois no exercicio dos dereitos e no cumprimento dos deberes constitucionais e as bases e coordinación xeral da sanidade, respectivamente, dítase en uso das habilitacións conferidas pola disposición adicional terceira da Lei 41/2002, do 14 de novembro, e o artigo 56 da Lei 16/2003, do 28 de maio.

Na súa virtude, por proposta da ministra de Sanidade e Política Social, coa aprobación previa da vicepresidenta primeira do Goberno e ministra da Presidencia, de acordo co Consello de Estado, e logo de deliberación do Consello de Ministros na súa reunión do día 3 de setembro de 2010,

DISPOÑO:

Artigo 1. *Obxecto e ámbito de aplicación.*

Este real decreto ten como obxecto o establecemento do conxunto mínimo de datos que deberán conter os documentos clínicos enumerados no artigo 3, calquera que sexa o soporte, electrónico ou papel, en que estes se xeren.

As disposicións recollidas neste real decreto serán de aplicación en todos os centros e dispositivos asistenciais que integran o Sistema Nacional de Saúde.

Artigo 2. *Estrutura dos datos.*

Os modelos de documento clínico contidos nos anexos están conformados por distintas variables que se definen polas seguintes propiedades:

1. Denominación ou nome da variable.
2. Formato (texto, data, número...).
3. Valores. Refírese aos diferentes contidos que pode adoptar a variable. Para determinadas variables, o valor posible debe estar incluído entre os comprendidos nunha lista cerrada.
4. Aclaracións. Trátase dun breve comentario encamiñado á mellor comprensión para a asignación do valor á variable e a súa posterior interpretación.
5. Carácter (conxunto mínimo ou recomendable). A variable ten o carácter de «conxunto mínimo» (CM) cando a súa presenza é obrigada en calquera modelo de informe definido por calquera servizo de saúde. Isto non implica que o campo destinado a recoller os valores desta variable non se poida encontrar baleiro de datos nalgún caso. É de carácter «recomendable» (R) cando a súa presenza ou non nos informes queda a criterio de cada comunidade autónoma. Cando dentro dunha variable cualificada como CM existan

diversos subpuntos considerados como R, non será obrigado que o documento se estructure en tales subpuntos pero o seu contido deberá coincidir coas áreas descritas nestes.

Artigo 3. *Documentos clínicos.*

1. Os documentos clínicos para os que se establecen un conxunto mínimo de datos son os seguintes:

- a) Informe clínico de alta, detallado no anexo I.
- b) Informe clínico de consulta externa, detallado no anexo II.
- c) Informe clínico de urxencias, detallado no anexo III.
- d) Informe clínico de atención primaria, detallado no anexo IV.
- e) Informe de resultados de probas de laboratorio, detallado no anexo V.
- f) Informe de resultados de probas de imaxe, detallado no anexo VI.
- g) Informe de coidados de enfermaría, detallado no anexo VII.
- h) Historia clínica resumida, detallada no anexo VIII.

Non obstante e no ámbito das súas competencias, as comunidades autónomas poderán establecer os seus respectivos modelos de documentos clínicos, incorporando aqueloutras variables que consideren apropiadas. Os ditos modelos deberán incluír, en todo caso, todas as variables que integran o conxunto mínimo de datos, tal e como figuran nos anexos deste real decreto.

Inclúese o anexo IX para recoller a lista de abreviaturas empregadas nos anexos con expresión das denominacións completas a que corresponden.

2. Para a elaboración do informe clínico de urxencias e do de resultados de probas de laboratorio, os diferentes dispositivos de atención de urxencias, no primeiro, ou os laboratorios das distintas especialidades que xeren resultados, no segundo, deberán adoptar as diferentes estruturas de organización da información tal e como se describen no anexo correspondente.

3. Os contidos do informe de coidados de enfermaría poderían ser incluídos nalgúns dos informes clínicos enumerados no número 2, caso en que darán lugar a informes conxuntos do equipo médico-enfermeiro. Neste caso, este informe debe respectar os contidos mínimos establecidos en cada un dos modelos de datos que se integran.

4. A historia clínica resumida a que se refire o artigo 3.1 h) é un documento electrónico, alimentado e xerado de forma automática e actualizado en cada momento, a partir dos datos que os profesionais vaian incluíndo na historia clínica completa do paciente.

Disposición adicional única. Documentos clínicos de mutualistas e beneficiarios de MUFACE, ISFAS e MUXEXU que reciban a súa asistencia sanitaria en virtude dos concertos subscritos con entidades de seguro libre.

1. As previsións deste real decreto aplicaranse nos centros e dispositivos asistenciais que as entidades de seguro libre poñan á disposición dos mutualistas e beneficiarios da Mutuabilidade Xeral de Funcionarios Civís do Estado (MUFACE), o Instituto Social das Forzas Armadas (ISFAS) e a Mutuabilidade Xeral Xudicial (MUXEXU) en virtude dos concertos que estas subscriban e en canto aos documentos clínicos destes, de acordo co disposto nos reais decretos legislativos 4/2000, do 23 de xuño, 1/2000, do 9 de xuño, e 3/2000, do 23 de xuño, que encomendan ás ditas mutualidades a xestión dos mecanismos de cobertura, incluída a sanitaria, dos réximes especiais da Seguridade Social dos funcionarios civís do Estado, das Forzas Armadas e do persoal ao servizo da Administración de xustiza, respectivamente.

2. En relación coas previsións dos artigos 2.5 e 3.1 deste real decreto, as tres mutualidades, no ámbito das súas competencias e en virtude do sinalado no número anterior, poderán incorporar nos seus respectivos modelos de documentos clínicos outras variables que consideren apropiadas. Os ditos modelos deberán incluír, en todo caso, todas as variables que integran o conxunto mínimo de datos, tal e como figuran nos anexos deste real decreto. As referencias á «Denominación do Servizo de Saúde» nos «Datos da

Institución Emisora» contidas nos mencionados anexos entenderanse realizadas a cada unha das tres mutualidades para os efectos desta disposición adicional.

3. Aplicación desta disposición adicional en canto á interoperabilidade da información clínica electrónica dos sistemas que son responsabilidade das mutualidades no marco do Sistema Nacional de Saúde aterase ao que se acorde para todo o territorio nacional no seo do Consello Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde coas restantes administracións implicadas.

Disposición transitoria primeira. *Conservación de documentos clínicos.*

Os documentos clínicos que se xerases con anterioridade á entrada en vigor deste real decreto poderán continuar conservándose no seu estado actual.

Disposición transitoria segunda. *Adecuación dos modelos existentes.*

No prazo de 18 meses a partir da entrada en vigor deste real decreto teranse adecuado os modelos dos documentos clínicos que se veñan utilizando aos novos contidos mínimos establecidos nel.

Disposición derradeira primeira. *Título competencial.*

Este real decreto ten a condición de norma básica no sentido previsto no artigo 149.1.1.^a e 16.^a da Constitución, que atribúe ao Estado as competencias para establecer as condicións básicas que garantan a igualdade de todos os españois no exercicio dos dereitos e no cumprimento dos deberes constitucionais e as bases e coordinación xeral da sanidade, respectivamente.

Disposición derradeira segunda. *Desenvolvemento normativo.*

Autorízase o titular do Ministerio de Sanidade e Política Social para, logo de acordo do Consello Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde, ditar as disposicións necesarias para a aplicación e desenvolvemento do establecido neste real decreto, así como para a modificación dos seus anexos.

Disposición derradeira terceira. *Entrada en vigor.*

Este real decreto entrará en vigor o día seguinte ao da súa publicación no «Boletín Oficial del Estado».

Dado en Madrid o 3 de setembro de 2010

JUAN CARLOS R.

A ministra de Sanidade e Política Social,
TRINIDAD JIMÉNEZ GARCÍA-HERRERA

ANEXO I

CONXUNTO DE DATOS DO INFORME CLÍNICO DE ALTA

Variable	Formato	Valores	Aclaracións	CM/R ¹
DATOS DO DOCUMENTO				
Tipo de documento	Texto	Informe clínico de alta		CM
Data de sinatura	dd/mm/aaaa	Libre	É común a ambos os pés de sinatura do informe	CM
Data de ingreso	dd/mm/aaaa	Libre		CM
Data de alta	dd/mm/aaaa	Libre		CM
Nome responsable 1	Texto	Libre (nome+2 apelidos)	É parte do primeiro pé de sinatura do informe	CM
Categoría profesional 1	Texto	Médico residente Facultativo especialista de área Xefe de sección Xefe de servizo		CM
Nome responsable 2	Texto	Libre (nome+2 apelidos)		
Categoría profesional 2	Texto	Facultativo especialista de área Xefe de sección Xefe de servizo	É parte do segundo pé de sinatura, que acostuma supervisar ao primeiro asinante	CM
Servizo	Texto	Segundo a normativa en vigor en cada momento	Actualmente: clasificación de servizos do CMBD/SIFCO	CM
Unidade	Texto	Libre		CM
DATOS DA INSTITUCIÓN EMISORA				
Denominación do servizo de saúde	Texto + logo	SAS. Servizo Andaluz de Saúde. SALUD. Servizo Aragonés de Saúde SESPA. Servizo de Saúde do Principado de Asturias. Servizo Canario de Saúde SCS. Servizo Cántabro de Saúde. SESCAM. Servizo de Saúde de Castilla-La Mancha. SACyL. Xerencia Rexional de Saúde de Castilla y León. DdS-GC. Departamento de Saúde da Xeneralidade de Cataluña SES. Servizo Estremeño de Saúde. SERGAS. Servizo Galego de Saúde. INXESA. Instituto Nacional de Xestión Sanitaria. IB-SALUT. Servizo de Saúde das Illes Balears. RIOJASALUD. Servizo Rioxano de Saúde. Servizo Madrileño de Saúde. Servizo Murciano de Saúde SNS-O. Servizo Navarro de Saúde-OSASUNBIDEA. Axencia Valenciana de Saúde OSAKIDETZA-Servizo Vasco de Saúde.		CM
Denominación do provisor de servizos	Texto + logo	Libre		R
Denominación do centro	Texto + logo	CNH e posteriormente RECESS cando estea dispoñible+texto libre		CM
Enderezo do centro				
Tipo de vía	Texto			CM
Nome da vía	Texto			CM
Número da vía	Texto			CM
Código postal	Texto			CM
Municipio	Texto			CM
Provincia	Texto			CM
País	Texto			CM
Teléfono	Texto			CM
Enderezo web/correo electrónico	Texto	Libre	Incluirase o enderezo web só se contén información de interese para o usuario	R

¹ Pódese clasificar cada campo segundo se considere que a súa presenza é esencial (aínda que cubrir o valor non sexa obrigatorio) e por iso debe formar parte do conxunto mínimo do SNS (CM) ou polo contrario é aconsellable a súa presenza pero non imprescindible como parte do conxunto mínimo de datos (R)

Variable	Formato	Valores	Aclaracións	CM/R ¹	
DATOS DO PACIENTE					
Nome	Texto	Dato que figure na BD da TSI da CA		CM	
Primeiro apelido	Texto			CM	
Segundo apelido	Texto			CM	
Data nacemento	dd/mm/aaaa			CM	
Sexo	Texto			H/M	CM
DNI/T.residencia/pasaporte	Texto				R
NASS	Texto				CM
CIP de C. autónoma	Texto				CM
Código SNS	Texto				R
CIP europeo	Texto		Resérvase este espazo en previsión de que, no futuro, exista un código europeo/internacional de identificación.	R	
Nº historia clínica	Texto	Libre		CM	
Domicilio					
Tipo de vía	Texto	Dato que figure na BD da TSI da CA		CM	
Nome da vía	Texto			CM	
Número da vía	Texto			CM	
Piso	Texto			CM	
Letra	Texto			CM	
Código postal	Texto			CM	
Municipio	Texto			CM	
Provincia	Texto			CM	
País	Texto				
Teléfono	Texto	Dato que figure na BD da TSI da CA+texto libre	Existirá texto libre para engadir un segundo número de teléfono	R	
DATOS DO PROCESO ASISTENCIAL					
Motivo da alta	Texto	Traslado a domicilio Traslado de servizo Traslado a outro centro hospitalario Traslado a un centro sociosanitario Alta voluntaria Falecemento Outros	Inclúense as categorías correspondentes ao CMBD nacional, independentemente de que os CMBD autonómicos incorporen de feito categorías adicionais, cuxas respostas logo se reclasifican. A categoría de resposta falecemento, será recodificada a "éxitus"	CM	
Motivo de ingreso	Texto	Libre + Código CIE 9 MC / CIE 10 / SNOMED-CT	Os sistemas de codificación serán substituídos por versións posteriores se así se acordase no Consello Interterritorial do SNS.	CM R	
Tipo de ingreso	Texto	Urxente Programado		CM	
Antecedentes	Texto	Libre		CM	
Enfermidades familiares hereditarias Enfermidades previas Antecedentes neonatais, obstétricos e cirúrxicos Alerxias Hábitos tóxicos Actuacións preventivas (1) Medicación previa Situación funcional (2) Antecedentes sociais e profesionais	Texto	Libre	(1) Vacinacións infantís, do adulto, quimioprofilaxes realizadas, etc (2) Refírese á valoración do impacto funcional dos problemas activos ou enfermidades e poderanse utilizar unha ou varias escalas (escalas de dependencia, clasificación funcional da insuficiencia cardíaca, valoracións do grao de demencia, escalas de calidade de vida, etc.)	R	
Historia actual	Texto	Libre		CM	
Exploración física	Texto	Libre		CM	
Resumo probas complementarias	Texto	Libre		CM	
Laboratorio Imaxe Outras probas	Texto	Libre	Recoméndase a clasificación en subpuntos	R	
Evolución e comentarios	Texto	Libre	Se é o caso, pódese incluír o protocolo cirúrxico neste punto, así como comentarios ao diagnóstico ou tratamento, valoracións diagnósticas adicionais, describir se o ingreso psiquiátrico foi involuntario, describir reaccións adversas a fármacos ou outras substancias utilizados neste episodio, complicacións evolutivas da/s enfermidades ou realizar valoracións diagnósticas ou comentarios adicionais.	CM	

Variable	Formato	Valores	Aclaracións	CM/R ¹
Diagnóstico principal	Texto +código	Libre + Código CIE 9 MC / CIE 10 / SNOMED-CT	Os sistemas de codificación serán substituídos por versións posteriores se así se acordase no Consello Interterritorial do SNS.	CM R
Outros diagnósticos	Texto +código	Libre + Código CIE 9 MC / CIE 10 / SNOMED-CT	Os sistemas de codificación serán substituídos por versións posteriores se así se acordase no Consello Interterritorial do SNS.	CM R
Procedementos	Texto +código	Libre + Código CIE 9 MC / CIE 10 / SNOMED-CT	Os sistemas de codificación serán substituídos por versións posteriores se así se acordase no Consello Interterritorial do SNS.	CM R
Tratamento	Texto	Libre		CM
Recomendacións	Texto	Libre	Trátase de recomendacións terapéuticas que non inclúen fármacos (oxixenoterapia, dieta, repouso ou limitacións de esforzo físico, etc.)	R
Fármacos	Texto +código	Libre (especialidade+principio activo+ dose/unidade+ nº unidades/doses+ intervalo de doses+ vía administración+ duración) Nomenclátor oficial MSPS (código nacional)/Snomed-CT	Na medida en que a implantación das aplicacións informáticas de HCE, que inclúen módulos de prescrición, o permitan, o texto libre será substituído progresivamente polo vocabulario do catálogo de medicamentos autorizados (Nomenclátor oficial/ Snomed-CT)	R
Outras recomendacións	Texto	Libre	Refírese aos plans de actuación previstos que non son propiamente medidas terapéuticas. Por exemplo, data de próxima cita, conveniencia de nova revisión, petición de probas, etc.	CM

ANEXO II

CONXUNTO DE DATOS DO INFORME CLÍNICO DE CONSULTA EXTERNA

Variable	Formato	Valores	Aclaracións	CM/R ²
DATOS DO DOCUMENTO				
Tipo de documento	Texto	Informe clínico de consulta externa		CM
Data de sinatura	dd/mm/aaaa	Libre	É común a ambos os pés de sinatura do informe	CM
Data de consulta	dd/mm/aaaa	Libre		CM
Nome responsable 1	Texto	Libre (nome+2 apelidos)		CM
Categoría profesional 1	Texto	Médico residente Facultativo especialista de área Xefe de sección Xefe de servizo	É parte do primeiro pé de sinatura do informe	CM
Nome responsable 2	Texto	Libre (nome+2 apelidos)		CM
Categoría profesional 2	Texto	Facultativo especialista de área Xefe de sección Xefe de servizo	É parte do segundo pé de sinatura, que acostuma supervisar ao primeiro asinante	CM
Servizo	Texto	Segundo a normativa en vigor en cada momento.	Actualmente: clasificación de servizos do CMBD/SIFCO	CM
Unidade	Texto	Libre		CM
DATOS DA INSTITUCIÓN EMISORA				
Denominación do servizo de saúde	Texto + logo	SAS. Servizo Andaluz de Saúde. SALUD. Servizo Aragónés de Saúde SESPA. Servizo de Saúde do Principado de Asturias. Servizo Canario de Saúde SCS. Servizo Cántabro de Saúde. SESCAM. Servizo de Saúde de Castilla-La Mancha. SACyL. Xerencia Rexional de Saúde de Castilla y León. DdS-GC. Departamento de Saúde da Xeneralidade de Cataluña SES. Servizo Estremeño de Saúde. SERGAS. Servizo Galego de Saúde. INXESA. Instituto Nacional de Xestión Sanitaria. IB-SALUT. Servizo de Saúde das Illes Balears.		CM

² Pódese clasificar cada campo segundo se considere que a súa presenza é esencial (aínda que cubrir o valor non sexa obrigatorio) e por iso debe formar parte do conxunto mínimo do SNS (CM) ou polo contrario é aconsellable a súa presenza pero non imprescindible como parte do conxunto mínimo de datos (R)

Variable	Formato	Valores	Aclaracións	CM/R ²
		RIOJASALUD. Servizo Rioxano de Saúde. Servizo Madrileño de Saúde. Servizo Murciano de Saúde SNS-O. Servizo Navarro de Saúde-OSASUNBIDEA. Axencia Valenciana de Saúde OSAKIDETZA-Servizo Vasco de Saúde.		
Denominación do provisor de servizos	Texto + logo	Libre		R
Denominación do centro	Texto + logo	CNH e posteriormente RECESS cando estea dispoñible+texto libre	Existirá un campo adicional de texto libre para aqueles centros non recollidos no inventario en vigor por seren de recente apertura.	CM
Enderezo do centro				
Tipo de vía	Texto			CM
Nome da vía	Texto			CM
Número da vía	Texto			CM
Código postal	Texto	CNH e posteriormente RECESS cando estea dispoñible+texto libre	Existirá un campo adicional de texto libre para aqueles centros non recollidos no inventario en vigor por seren de recente apertura	CM
Municipio	Texto			CM
Provincia	Texto			CM
País	Texto			CM
Teléfono	Texto			CM
Enderezo web/correo electrónico	Texto	Libre	Incluirase o enderezo web só se contén información de interese para o usuario	R
DATOS DO PACIENTE				
Nome	Texto			CM
Primeiro apelido	Texto			CM
Segundo apelido	Texto			CM
Data de nacemento	dd/mm/aaaa			CM
Sexo	Texto	Dato que figure na BD da TSI da CA	H/M	CM
DNI/T.residencia/pasaporte	Texto			R
NASS	Texto			CM
CIP de C. autónoma	Texto			CM
Código SNS	Texto			R
CIP europeo	Texto		Resérvase este espazo en previsión de que, no futuro, exista un código europeo/internacional de identificación.	R
Nº historia clínica	Texto	Libre		CM
Domicilio				
Tipo de vía	Texto			CM
Nome da vía	Texto			CM
Número da vía	Texto			CM
Piso	Texto	Dato que figure na BD de TSI da CA		CM
Letra	Texto			CM
Código postal	Texto			CM
Municipio	Texto			CM
Provincia	Texto			CM
País	Texto			
Teléfono	Texto	Dato que figure na BD da TSI da CA+texto libre	Existirá texto libre para engadir un segundo número de teléfono	R
DATOS DO PROCESO ASISTENCIAL				
Motivo de consulta	Texto +código	Libre + Código CIE 9 MC / CIE 10 / SNOMED-CT	Os sistemas de codificación serán substituídos por versións posteriores se así se acordase no Consello Interterritorial do SNS.	CM R
Antecedentes	Texto	Libre	Recoméndase a clasificación en subpuntos	CM
Enfermidades familiares hereditarias Enfermidades previas Antecedentes neonatais, obstétricos e cirúrxicos Alerxias Hábitos tóxicos Actuacións preventivas (1) Medicación previa			(1) Vacinacións infantís, do adulto, quimioprofilaxes realizadas, etc	R
Situación funcional (2) Antecedentes sociais e profesionais			(2) Refírese á valoración do impacto funcional dos problemas activos ou enfermidades e poderanse utilizar unha ou varias escalas (escalas de dependencia, clasificación funcional da insuficiencia cardíaca, valoracións do grao de demencia, escalas de calidade de vida, etc.)	

Variable	Formato	Valores	Aclaracións	CM/R ²
Historia actual	Texto	Libre		CM
Exploración física	Texto	Libre		CM
Resumo probas complementarias	Texto	Libre		CM
Laboratorio Imaxe Outras probas	Texto	Libre	Recoméndase a clasificación en subpuntos	R
Evolución e comentarios	Texto	Libre	Pódense realizar comentarios do seguimento evolutivo, no caso de que o informe non se refira a unha soa consulta senón a un período de seguimento en que se realizaron varias entrevistas clínicas. Neste caso pódese incluír aquí o período de tempo de que é comprensivo o informe ou sinalar as datas en que se produciron as consultas. Tamén é o lugar adecuado para describir reaccións adversas a fármacos utilizados neste episodio ou describir complicacións evolutivas da/s enfermidades, realizar valoracións diagnósticas ou comentarios adicionais	CM
Diagnóstico principal	Texto+ código	Libre + Código CIE 9 MC / CIE 10 / SNOMED-CT	Os sistemas de codificación serán substituídos por versións posteriores se así se acordase no Consello Interterritorial do SNS.	CM R
Outros diagnósticos	Texto+ código	Libre + Código CIE 9 MC / CIE 10 / SNOMED-CT	Os sistemas de codificación serán substituídos por versións posteriores se así se acordase no Consello Interterritorial do SNS.	CM R
Procedementos	Texto+ código	Libre + Código CIE 9 MC / CIE 10 / SNOMED-CT	Os sistemas de codificación serán substituídos por versións posteriores se así se acordase no Consello Interterritorial do SNS.	CM R
Tratamento	Texto	Libre		CM
Recomendacións	Texto	Libre	Trátase de recomendacións terapéuticas que non inclúen fármacos (oxixenoterapia, dieta, repouso ou limitacións de esforzo físico, etc.)	R
Fármacos	Texto +código	Libre (especialidade+principio activo+ dose/unidade+ nº unidades/doses+ intervalo de doses+ vía administración+ duración) Nomenclátor oficial MSPS (código nacional)/Snomed-CT	Prescricións activas ao final do período de seguimento Na medida en que a implantación das aplicacións informáticas de HCE, que inclúen módulos de prescrición o permitan, o texto libre será substituído progresivamente polo vocabulario do catálogo de medicamentos autorizados (Nomenclátor oficial/ Snomed-CT)	R
Outras recomendacións	Texto	Libre	Refírese aos plans de actuación previstos que non son propiamente medidas terapéuticas. Por exemplo: data de próxima cita, conveniencia de nova revisión, petición de probas etc.	CM

ANEXO III

CONXUNTO DE DATOS DO INFORME CLÍNICO DE URXENCIAS

Variable	Formato	Valores de referencia	Aclaracións	CM/R ³
DATOS DO DOCUMENTO				
Tipo de documento	Texto	Informe clínico de urxencias		CM
Data de sinatura	dd/mm/aaaa	Libre	É común a ambos os pés de sinatura do informe	R
Data e hora de ingreso ou de activación do recurso	dd/mm/aaaa hh:mm	Libre		CM
Data e hora de alta	dd/mm/aaaa hh:mm	Libre		CM
Nome responsable 1	Texto	Libre (nome + 2 apelidos)		CM
Categoría profesional 1	Texto	Médico residente Facultativo Xefe de sección Xefe de servizo	É parte do primeiro pé de sinatura do informe	CM
Nome responsable 2	Texto	Libre (nome + 2 apelidos)	É parte do segundo pé de sinatura que acostuma	CM

³ Pódese clasificar cada campo segundo se considere que a súa presenza é esencial (aínda que cubrir o valor non sexa obrigatorio) e por iso debe formar parte do conxunto mínimo do SNS (CM) ou polo contrario é aconsellable a súa presenza pero non imprescindible como parte do conxunto mínimo de datos (R)

Variable	Formato	Valores de referencia	Aclaracións	CM/R ³
Categoría responsable 2		Facultativo Xefe de sección Xefe de servizo	supervisar ao primeiro asinante	CM
Unidade asistencial responsable	Texto	Servizo de urxencia hospitalaria Servizo de urxencia de A. Primaria SAMU Sº Urxencias + texto libre		CM
DATOS DA INSTITUCIÓN EMISORA				
Denominación do servizo de saúde	Texto + logo	SAS. Servizo Andaluz de Saúde. SALUD. Servizo Aragonés de Saúde SESPA. Servizo de Saúde do Principado de Asturias. Servizo Canario de Saúde SCS. Servizo Cántabro de Saúde. SESCAM. Servizo de Saúde de Castilla-La Mancha. SACyL. Xerencia Rexional de Saúde de Castilla y León. DdS-GC. Departamento de Saúde da Xeneralidade de Cataluña SES. Servizo Estremeño de Saúde. SERGAS. Servizo Galego de Saúde. INXESA. Instituto Nacional de Xestión Sanitaria. IB-SALUT. Servizo de Saúde das Illes Balears. RIOJASALUD. Servizo Rioxano de Saúde. Servizo Madrileño de Saúde. Servizo Murciano de Saúde SNS-O. Servizo Navarro de Saúde-OSASUNBIDEA. Axencia Valenciana de Saúde OSAKIDETZA-Servizo Vasco de Saúde.		CM
Denominación do provisor de servizos	Texto + logo	Libre		R
Denominación do centro	Texto + logo	CNH para centros de atención especializada. Inventario para centros de primaria RECESS para ambos cando estea dispoñible + texto libre	Existirá un campo adicional de texto libre para aqueles centros non recollidos no inventario en vigor por seren de recente apertura	CM
Enderezo do centro				CM
Tipo de vía	Texto			CM
Nome da vía	Texto			CM
Número da vía	Texto			CM
Código postal	Texto			CM
Municipio	Texto			CM
Provincia	Texto			CM
País	Texto			CM
Teléfono	Texto			CM
Enderezo web/correo electrónico	Texto		Incluirase o enderezo web só se contén información de interese para o usuario	R
DATOS DO PACIENTE				
Nome	Texto	Dato que figure na BD da TSI da CA		CM
Primeiro apelido	Texto			CM
Segundo apelido	Texto			CM
Data de nacemento	dd/mm/aaaa			CM
Sexo	Texto		H/M	CM
DNI/T.residencia/pasaporte	Texto			R
NASS	Texto			CM
CIP da C. Autónoma	Texto			CM
Código SNS	Texto		R	
CIP europeo			Resérvase este espazo en previsión de que, no futuro, exista un código europeo/internacional de identificación.	R
Nº historia clínica	Texto	Libre		R
Domicilio				
Tipo de vía	Texto	Dato que figure na BD de TSI da CA		CM
Nome da vía	Texto			CM
Número da vía	Texto			CM
Piso	Texto			CM
Letra	Texto			CM
Código postal	Texto			CM
Municipio	Texto			CM

Variable	Formato	Valores de referencia	Aclaracións	CM/R ³
Provincia	Texto			CM
País	Texto			
Teléfono	Texto			R
Persoa de referencia	Texto	Libre (nome + 2 apelidos)		R
Teléfono de referencia	Texto	Libre		R
DATOS DO PROCESO ASISTENCIAL				
Procedencia	Texto	Médico de familia/pediatra de AP Por decisión do paciente ou familiar Corpos de seguridade Outros servizos de urxencias		R
Tipo de consulta	Texto	Enfermidade Accidente de tráfico Accidente laboral Outros accidentes		R
Motivo de alta	Texto	Ingreso Traslado a domicilio Traslado de servizo Traslado a outro centro hospitalario Traslado a un centro sociosanitario Alta voluntaria Falecemento Outros	Inclúense aquelas categorías correspondentes ao CMBD nacional, independentemente de que os CMBD autonómicos incorporen categorías adicionais cuxas respostas despois se reclasifican. A categoría de resposta <i>falecemento</i> , será recodificada a <i>éxito</i> .	CM
Motivo de consulta	Texto + código	Libre + Código CIE 9 MC / CIE 10 / SNOMED-CT	Os sistemas de codificación serán substituídos por versións posteriores se así se acordase no Consello Interterritorial do SNS.	CM R
Antecedentes	Texto	Libre		CM
Enfermidades previas Antecedentes neonatais, obstétricos e cirúrxicos Medicación previa Alerxias Situación funcional (1) Antecedentes sociais e profesionais	Texto	Libre	(1) Refírese á valoración do impacto funcional dos problemas activos ou enfermidades, e poderanse utilizar unha ou varias escalas (escalas de dependencia, clasificación funcional da insuficiencia cardíaca, valoracións do grao de demencia, escalas de calidade de vida, etc.)	R
Historia actual	Texto	Libre		CM
Exploración física				CM
TA (/) FC (/)lat/min FR () resp/min Temp. ()°C Saturación O ₂ Glicemia capilar Resumo de exploración	Texto	Libre		R
Resumo de probas complementarias	Texto	Libre	Recoméndase a clasificación en subpuntos	CM
Laboratorio Imaxe Outras probas	Texto	Libre		R
Evolución e comentarios	Texto	Libre	De ser o caso, pódense incluír, ademais de comentarios evolutivos e do período de observación, a descrición de técnicas realizadas durante o proceso de atención. Tamén é o lugar adecuado para describir reaccións adversas a fármacos utilizados neste episodio, complicacións evolutivas da/s enfermidades, realizar valoracións diagnósticas ou comentarios adicionais.	CM
Diagnóstico principal	Texto +código	Libre Código CIE 9 MC/CIE 10/CIAP2 definida/SNOMED-CT	Os sistemas de codificación serán substituídos por versións posteriores se así se acordase no Consello Interterritorial do SNS.	CM R
Outros diagnósticos	Texto +código	Libre Código CIE 9 MC/CIE 10/CIAP2 definida/SNOMED-CT	Os sistemas de codificación serán substituídos por versións posteriores se así se acordase no Consello Interterritorial do SNS.	CM R
Procedementos	Texto +código	Libre Código CIE 9 MC/CIE 10/CIAP2 definida/SNOMED-CT	Os sistemas de codificación serán substituídos por versións posteriores se así se acordase no Consello Interterritorial do SNS.	CM R
Tratamento	Texto	Libre		CM
Recomendacións	Texto	Libre	Trátase de recomendacións terapéuticas que non inclúen fármacos (oxigenoterapia, dieta, repouso	R

Variable	Formato	Valores de referencia	Aclaracións	CM/R ³
Fármacos	Texto +código	Libre (especialidade+principio activo+ dose/unidade+ n° unidades/doses+ intervalo de doses+ vía administración+ duración) Nomenclátor oficial MSPS (código nacional)/Snomed-CT	ou limitacións de esforzo físico, etc.) Prescricións activas. Na medida en que a implantación das aplicacións informáticas de HCE, que inclúen módulos de prescrición o permitan, o texto libre, será substituído progresivamente polo vocabulario do catálogo de medicamentos autorizados (Nomenclátor oficial/ Snomed-CT)	R
Outras recomendacións	Texto	Libre	Refírese aos plans de actuación previstos que non son propiamente medidas terapéuticas. Por exemplo: data de próxima cita, conveniencia de nova revisión, petición de probas, etc.	CM

ANEXO IV

CONXUNTO DE DATOS DO INFORME CLÍNICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Variable	Formato	Valores	Aclaracións	CM/R ⁴
DATOS DO DOCUMENTO				
Tipo de documento	Texto	Informe clínico de atención primaria		CM
Data de sinatura	dd/mm/aaaa	Libre	Data na cal se emite o informe. É común a ambos os pés de sinatura.	CM
Data inicio período	dd/mm/aaaa	Libre	Data na cal se inicia o período de seguimento en que se inscriben os diferentes episodios e actuacións que se describen.	CM
Data fin período	dd/mm/aaaa	Libre	Data na cal finaliza o período de seguimento en que se inscriben os diferentes episodios e actuacións que se describen.	CM
Nome responsable 1	Texto	Libre (nome + 2 apelidos)		CM
Categoría profesional 1	Texto	Médico residente Médico de familia Pediatra de AP Texto libre	É parte do primeiro pé de sinatura do informe	CM
Nome responsable 2	Texto	Libre (nome + 2 apelidos)		CM
Categoría responsable 2	Texto	Médico de familia Pediatra de AP Texto libre	É parte do segundo pé de sinatura, que acostuma supervisar ao primeiro asinante	CM
DATOS DA INSTITUCIÓN EMISORA				
Denominación do servizo de saúde	Texto + logo	SAS. Servizo Andaluz de Saúde. SALUD. Servizo Aragonés de Saúde SESPA. Servizo de Saúde do Principado de Asturias. Servizo Canario de Saúde SCS. Servizo Cántabro de Saúde. SESCAM. Servizo de Saúde de Castilla-La Mancha. SACyL. Xerencia Rexional de Saúde de Castilla y León. DdS-GC. Departamento de Saúde da Xeneralidade de Cataluña SES. Servizo Estremeño de Saúde. SERGAS. Servizo Galego de Saúde. INXESA. Instituto Nacional de Xestión Sanitaria. IB-SALUT. Servizo de Saúde das Illes Balears. RIOJASALUD. Servizo Rioxano de Saúde. Servizo Madrileño de Saúde. Servizo Murciano de Saúde SNS-O. Servizo Navarro de Saúde-OSASUNBIDEA. Axencia Valenciana de Saúde OSAKIDETZA-Servizo Vasco de Saúde.		CM
Denominación do provisor de servizos	Texto +logo	Libre		R
Denominación do centro	Texto + logo	Inventario de centros de atención primaria e posteriormente RECESS cando estea dispoñible + texto libre	Existirá un campo adicional de texto libre para aqueles centros non recollidos no inventario en vigor por seren de recente apertura	CM

⁴ Pódese clasificar cada campo segundo se considere que a súa presenza é esencial (aínda que cubrir o valor non sexa obrigatorio) e por iso debe formar parte do conxunto mínimo do SNS (CM) ou polo contrario é aconsellable a súa presenza pero non imprescindible como parte do conxunto mínimo de datos (R)

Variable	Formato	Valores	Aclaracións	CM/R ¹
Enderezo do centro				
Tipo de vía	Texto	Inventario de centros de atención primaria e posteriormente RECESS cando estea dispoñible + texto libre		CM
Nome da vía	Texto			CM
Número da vía	Texto			CM
Piso	Texto			CM
Letra	Texto			CM
Código postal	Texto			CM
Municipio	Texto			CM
Provincia	Texto			CM
País	Texto			CM
Teléfono	Texto			CM
Enderezo web/correo electrónico	Texto	Libre	Incluirase o enderezo web só se contén información de interese para o usuario	R
DATOS DO USUARIO/PACIENTE				
Nome	Texto	Dato que figure na BD da TSI da CA		CM
Primeiro apelido	Texto			CM
Segundo apelido	Texto			CM
Data de nacemento	dd/mm/aaaa			CM
Sexo	Texto			H/M
DNI/T.residencia/pasaporte	Texto			R
NASS	Texto			CM
CIP da C. Autónoma	Texto			CM
Código SNS	Texto			R
CIP europeo				
Nº historia clínica	Texto	Libre		CM
Domicilio				
Tipo de vía	Texto	Dato que figure na BD de TSI da CA		CM
Nome da vía	Texto			CM
Número da vía	Texto			CM
Piso	Texto			CM
Letra	Texto			CM
Código postal	Texto			CM
Municipio	Texto			CM
Provincia	Texto			CM
País	Texto			CM
Teléfono	Texto			R
Persoa de referencia	Texto	Libre (nome + 2 apelidos)	Trátase da persoa que representa os intereses do paciente.	R
Teléfono de referencia	Texto	Libre		R
DATOS DE SAÚDE				
Antecedentes	Texto	Libre	Recoméndase a súa clasificación en subpuntos (1) Vacinacións infantís, do adulto, quimioprofilaxes realizadas, etc (2) Refírese á valoración do impacto funcional dos problemas activos ou enfermidades e poderanse utilizar unha ou varias escalas (escalas de dependencia, clasificación funcional da insuficiencia cardíaca, valoracións do grao de demencia, escalas de calidade de vida, etc.)	R
Resumo probas complementarias	Texto	Libre		CM
Laboratorio Imaxe Outras probas	Texto	Libre	Recoméndase a clasificación en subpuntos	R
Resumo de episodios atendidos	Texto + código	Libre Código CIE 9 MC/CIE 10/CIAP2 definida/SNOMED-CT	Os sistemas de codificación serán substituídos por versións posteriores se así se acordase no Consello Interterritorial do SNS.	CM R
Evolución e comentarios	Texto	Libre	Pódense realizar comentarios do seguimento evolutivo. Tamén é o lugar adecuado para describir reaccións adversas a fármacos utilizados ou describir complicacións evolutivas da/s enfermidades, realizar valoracións diagnósticas ou comentarios adicionais	CM
Diagnósticos	Texto +	Libre	Os sistemas de codificación serán substituídos por	CM

Variable	Formato	Valores	Aclaracións	CM/R ⁴
	código	Código CIE 9 MC/CIE 10/CIAP2 definida/SNOMED-CT	versións posteriores se así se acordase no Consello Interterritorial do SNS.	R
Procedementos	Texto + código	Libre Código CIE 9 MC/CIE 10/CIAP2 definida/SNOMED-CT	Os sistemas de codificación serán substituídos por versións posteriores se así se acordase no Consello Interterritorial do SNS.	CM R
Tratamento	Texto	Libre	Refírese ao último tratamento que estea activo	CM
Recomendacións	Texto	Libre	Trátase de recomendacións terapéuticas que non inclúen fármacos (oxigenoterapia, dieta, repouso ou limitacións de esforzo físico, etc.)	R
Fármacos	Texto +código	Libre (especialidade+principio activo+ dose/unidade+ nº unidades/doses+ intervalo de doses+ vía administración+ duración) Nomenclátor oficial MSPS (código nacional)/Snomed-CT	Prescricións activas ao final do período de seguimento Na medida en que a implantación das aplicacións informáticas de HCE, que inclúen módulos de prescrición o permitan, o texto libre será substituído progresivamente polo vocabulario do catálogo de medicamentos autorizados (Nomenclátor oficial/ Snomed-CT)	CM R
Outras recomendacións	Texto	Libre	Refírese aos plans de actuación previstos que non son propiamente medidas terapéuticas. Por exemplo: data de próxima cita, conveniencia dunha nova revisión, petición de probas, etc.	R

ANEXO V

CONXUNTO DE DATOS DO INFORME DE RESULTADOS DE PROBAS DE LABORATORIO

Variable	Formato	Valores	Aclaracións	CM/R ⁵
DATOS DO DOCUMENTO				
Tipo de documento	Texto	Informe de resultados de probas de laboratorio		CM
Data de sinatura	dd/mm/aaaa	Libre	É común a ambos os pés de sinatura do informe	CM
Nome responsable 1	Texto	Libre (nome+2 apelidos)		CM
Categoría profesional 1	Texto	Médico residente Facultativo especialista de área Farmacéutico residente Biólogo residente Xefe de sección Xefe de servizo Texto libre	É parte do primeiro pé de sinatura do informe	CM
Nome responsable 2	Texto	Libre (nome+2 apelidos)		CM
Categoría profesional 2	Texto	Facultativo especialista de área Xefe de sección Xefe de servizo Texto libre	É parte do segundo pé de sinatura, que acostuma supervisar ao primeiro asinante	CM
Servizo	Texto	Análises clínicas Anatomía patolóxica Bioquímica clínica Hematoloxía e hemoterapia Xenética Inmunoloxía Microbioloxía e parasitoloxía	RD 1277/2003 e normativa en vigor en cada momento	CM
Unidade	Texto	Libre		CM
DATOS DA INSTITUCIÓN EMISORA				
Denominación do servizo de saúde	Texto + logo	SAS. Servizo Andaluz de Saúde. SALUD. Servizo Aragonés de Saúde SESPA. Servizo de Saúde do Principado de Asturias. Servizo Canario de Saúde SCS. Servizo Cántabro de Saúde.		CM

⁵ Pódese clasificar cada campo segundo se considere que a súa presenza é esencial (aínda que cubrir o valor non sexa obrigatorio) e por iso debe formar parte do conxunto mínimo do SNS (CM) ou polo contrario é aconsellable a súa presenza pero non imprescindible como parte do conxunto mínimo de datos (R)

Variable	Formato	Valores	Aclaracións	CM/R ⁵	
		SESCAM. Servizo de Saúde de Castilla-La Mancha. SACyL. Xerencia Rexional de Saúde de Castilla y León. DdS-GC. Departamento de Saúde da Xeneralidade de Cataluña SES. Servizo Estremeño de Saúde. SERGAS. Servizo Galego de Saúde. INXESA. Instituto Nacional de Xestión Sanitaria. IB-SALUT. Servizo de Saúde das Illes Balears. RIOJASALUD. Servizo Rioxano de Saúde. Servizo Madrileño de Saúde. Servizo Murciano de Saúde SNS-O. Servizo Navarro de Saúde-OSASUNBIDEA. Axencia Valenciana de Saúde OSAKIDETZA-Servizo Vasco de Saúde.			
Denominación do provisor de servizos	Texto +logo	Libre		R	
Denominación do centro	Texto + logo	CNH e posteriormente RECESS cando estea dispoñible+texto libre	Existirá un campo adicional de texto libre para aqueles centros non recollidos no inventario en vigor por seren de recente apertura	CM	
Enderezo do centro					
Tipo de vía	Texto	CNH e posteriormente RECESS cando estea dispoñible+texto libre			CM
Nome da vía	Texto				CM
Número da vía	Texto				CM
Código postal	Texto				CM
Municipio	Texto				CM
Provincia	Texto				CM
País	Texto				CM
Teléfono	Texto				CM
Enderezo web/correo electrónico	Texto		Libre	Incluirase o enderezo web só se contén información de interese para o usuario	R
DATOS DO PACIENTE					
Nome	Texto	Dato que figure na BD da TSI da CA		CM	
Primeiro apelido	Texto			CM	
Segundo apelido	Texto			CM	
Data nacemento	dd/mm/aaaa			CM	
Sexo	Texto			H/M	CM
DNI/T. residencia/pasaporte	Texto				R
NASS	Texto				CM
CIP de C. autónoma	Texto				CM
Código SNS	Texto				R
CIP europeo	Texto			Resérvase este espazo en previsión de que, no futuro, exista un código europeo/internacional de identificación.	R
Nº historia clínica	Texto	Libre		CM	
Nº cama / Nº consulta	Texto	Libre		R	
DATOS DO SOLICITANTE					
Denominación do servizo de saúde	Texto + logo	SAS. Servizo Andaluz de Saúde. SALUD. Servizo Aragonés de Saúde SESPA. Servizo de Saúde do Principado de Asturias. Servizo Canario de Saúde SCS. Servizo Cántabro de Saúde. SESCAM. Servizo de Saúde de Castilla-La Mancha. SACyL. Xerencia Rexional de Saúde de Castilla y León. DdS-GC. Departamento de Saúde da Xeneralidade de Cataluña SES. Servizo Estremeño de Saúde. SERGAS. Servizo Galego de Saúde. INXESA. Instituto Nacional de Xestión Sanitaria. IB-SALUT. Servizo de Saúde das Illes Balears. RIOJASALUD. Servizo Rioxano de Saúde. Servizo Madrileño de Saúde. Servizo Murciano de Saúde SNS-O. Servizo Navarro de Saúde-OSASUNBIDEA. Axencia Valenciana de Saúde		CM	

Variable	Formato	Valores	Aclaracións	CM/R ⁵
		OSAKIDETZA-Servizo Vasco de Saúde.		
Denominación do provisor de servizos	Texto +logo	Libre		R
Denominación do centro	Texto + logo	CNH ⁶ e posteriormente RECESS ⁷ cando estea dispoñible+texto libre	Existirá un campo adicional de texto libre para aqueles centros non recollidos no inventario en vigor por seren de recente apertura	CM
Servizo	Texto	Segundo a normativa en vigor en cada momento	Actualmente clasificación de servizos do CMBD/SIFCO	CM
Unidade	Texto	Libre		CM
Nome do solicitante	Texto	Libre (nome+2 apelidos)		CM
Categoría profesional	Texto	Médico residente Facultativo especialista de área Xefe de sección Xefe de servizo Médico de familia Pediatra de AP Texto libre		CM
DATOS DO PROCESO ASISTENCIAL				
DATOS DA MOSTRA				
Data de toma de mostra	dd/mm/aaaa	Libre		CM
Número de mostra	Texto	Libre		CM
Tipo de mostra	Texto + código	Libre		CM
		Bioquímica: LOINC Hematoloxía: LOINC Inmunoloxía: LOINC Xenética: LOINC Microbioloxía: vocabulario local a partir de LOINC A. patolóxica: Snomed-CT		R
Grupo de determinación	Texto	Bioquímica xeral Sistemático urina Hormonas Marcadores tumorais Niveis de fármacos e tóxicos Gasometría Hematoloxía Hemostasia (coagulación) Hemoterapia Hematoloxía-coagulación: probas especiais Inmunoloxía - alerxia Microbioloxía Xenética Anatomía patolóxica - biopsias Anatomía patolóxica – citoloxías	<u>Bioquímica xeral</u> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Metabolitos (ex. glicosa, urea, creatinina, etc.)</i> • <i>Enzimas (AST, ALT, LDH, etc)</i> • <i>Ións (Na, K, Cl, Ca, P, Mg, etc)</i> • <i>Outras proteínas (marcadores cardíacos, etc.)</i> • <i>Líquidos biolóxicos</i> • <i>Espermogramas e estudos seme</i> • <i>Estudos en feces</i> • <i>Elementos traza (Cu, Se, etc)</i> • <i>Proteínas (transferrina, ceruloplasmina, complemento, etc.)</i> • <i>Electroforese de proteínas</i> • <i>Inmunofixación / inmunosubtracción</i> • <i>Inmunoglobulinas e cadeas lixeiras</i> <u>Sistemático urina</u> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Urianálise</i> • <i>Sedimento</i> <u>Hormonas</u> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Hormonas</i> • <i>Vitaminas</i> • <i>Outros inmunoensaios relacionados (ex PAPP)</i> <u>Marcadores tumorais</u> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Marcadores tumorais séricos</i> <i>Patoloxía molecular enfermidades neoplásicas hematolóxicas</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Patoloxía molecular enfermidades neoplásicas, tumores sólidos</i> 	CM

⁶ CNH: Catálogo nacional de hospitais⁷ RECESS: Rexistro Xeral de Establecementos, Centros e Servizos Sanitarios do MSPS.

Variable	Formato	Valores	Aclaracións	CM/R ⁵
			<ul style="list-style-type: none"> • <i>Patoloxía molecular enfermidades neoplásicas, tumores sólidos</i> <u>Niveis de fármacos e tóxicos</u> • <i>Monitorización de fármacos</i> • <i>Detección drogas de abuso</i> • <i>Detección doutros tóxicos (metais pesados, tóxicos laborais, etc.)</i> • <i>Farmacoxenómica</i> <u>Gasometría</u> <u>Hematoloxía</u> • <i>Hematimetría manual e automatizada (inclúe o hemograma , o diferencial leucocitario automatizado e manual, a morfoloxía eritrocitaria, a VSG , a viscosidade plasmática, etc.)</i> <u>Hemostasia (coaquelación)</u> • <i>Probas de hemostasia básicas (tempo de protrombina, tempo de tromboplastina parcial activada e fibrinóxeno)</i> <u>Hemoterapia</u> • <i>Estudos de inmunohematoloxía (detección de anticorpos irregulares)</i> • <i>Probas de compatibilidade transfusional</i> <u>Hematoloxía-coaquelación: probas especiais</u> • <i>Citoquímica, citometría, citoxénica e bioloxía molecular de sangue periférico e medula ósea (inclúe todos os marcadores diagnósticos)</i> • <i>Aspiración medular e biopsia de medula ósea (inclúe todos os estudos de medula ósea)</i> • <i>Estudos de eritropatoloxía</i> • <i>Probas para estudo de diáteses hemorráxicas</i> • <i>Probas para estudo de trombose</i> • <i>Bioloxía molecular de alteracións conxénitas ou adquiridas da hemostasia</i> <u>Inmunoloxía - alerxia</u> • <i>Autoinmunidade</i> • <i>Inmunoquímica</i> • <i>Histocompatibilidade</i> • <i>Inmunobioloxía</i> <u>Microbioloxía</u> • <i>Bacterioloxía</i> • <i>Viroloxía</i> • <i>Parasitoloxía</i> • <i>Micoloxía</i> • <i>Seroloxía infecciosa</i> • <i>Bioloxía molecular infecciosa</i> <u>Xenética</u> • <i>Citoxénica</i> • <i>Patoloxía/xenética molecular</i> <u>Anatomía patolóxica – biopsias</u> • <i>Biopsias e pezas cirúrxicas</i> • <i>Inmunohistoquímica</i> • <i>Anatomía patolóxica molecular</i> • <i>Microscopía electrónica</i> • <i>Citometría de fluxo</i> 	

Variable	Formato	Valores	Aclaracións	CM/R ⁵
			<u>Anatomía patolóxica – citoloxías</u> <ul style="list-style-type: none"> • Citoloxías e PAAF • Inmunocitoquímica • Anatomía patolóxica molecular • Microscopía electrónica • Colometría de fluxo 	
Modelo TIPO A			Este modelo pode recoller todos aqueles resultados de probas diagnósticas que se expresan cunha denominación de determinación, un resultado (xeralmente expresado en cifras), as unidades de medida utilizadas e un rango de valores de referencia que se toman como estándar de normalidade. Ex. Bioquímica sangue.	
Determinación	Texto	Libre		CM
Resultado	Texto	Libre		CM
Unidades	Texto	Libre		CM
Rango	Texto	Libre		CM
Comentarios	Texto	Libre		R
Modelo TIPO B			Este modelo pode recoller todos aqueles resultados de probas diagnósticas que requiran unha descrición e unha conclusión en texto libre. Ex. Estudo de medula ósea.	
Determinación	Texto	Libre		CM
Técnica	Texto			CM
Descrición	Texto	Libre		CM
Conclusión	Texto+	Libre		CM
	código	SNOMED		R

ANEXO VI

CONXUNTO DE DATOS DO INFORME DE RESULTADOS DE PROBAS DE IMAXE

Variable	Formato	Valores	Aclaracións	CM/R ⁸
DATOS DO DOCUMENTO				
Tipo de documento	Texto	Informe de resultados de probas de imaxe		CM
Data de sinatura	dd/mm/aaaa	Libre	É común a ambos os pés de sinatura do informe	CM
Nome responsable 1	Texto	Libre (nome+2 apelidos)		CM
Categoría profesional 1	Texto	Médico residente Facultativo especialista de área Xefe de sección Xefe de servizo	É parte do primeiro pé de sinatura do informe	CM
Nome responsable 2	Texto	Libre (nome+2 apelidos)		CM
Categoría profesional 2	Texto	Facultativo especialista de área Xefe de sección Xefe de servizo	É parte do segundo pé de sinatura, que acostuma supervisar ao primeiro asinante	CM
Servizo	Texto	Radiodiagnóstico Medicina nuclear		CM
Unidade	Texto	Libre		CM

⁸ Pódese clasificar cada campo segundo se considere que a súa presenza é esencial (aínda que cubrir o valor non sexa obrigatorio) e por iso debe formar parte do conxunto mínimo do SNS (CM) ou polo contrario é aconsellable a súa presenza pero non imprescindible como parte do conxunto mínimo de datos (R)

Variable	Formato	Valores	Aclaracións	CM/R ⁸	
DATOS DA INSTITUCIÓN EMISORA					
Denominación do servizo de saúde	Texto + logo	SAS. Servizo Andaluz de Saúde. SALUD. Servizo Aragonés de Saúde SESPA. Servizo de Saúde do Principado de Asturias. Servizo Canario de Saúde SCS. Servizo Cántabro de Saúde. SESCAM. Servizo de Saúde de Castilla-La Mancha. SACyL. Xerencia Rexional de Saúde de Castilla y León. DdS-GC. Departamento de Saúde da Xeneralidade de Cataluña SES. Servizo Estremeño de Saúde. SERGAS. Servizo Galego de Saúde. INXESA. Instituto Nacional de Xestión Sanitaria. IB-SALUT. Servizo de Saúde das Illes Balears. RIOJASALUD. Servizo Rioxano de Saúde. Servizo Madrileño de Saúde. Servizo Murciano de Saúde SNS-O. Servizo Navarro de Saúde-OSASUNBIDEA. Axencia Valenciana de Saúde OSAKIDETZA-Servizo Vasco de Saúde.		CM	
Denominación do provisor de servizos	Texto +logo	Libre		R	
Denominación do centro	Texto + logo	CNH e posteriormente RECESS cando estea dispoñible+texto libre	Existirá un campo adicional de texto libre para aqueles centros non recollidos no inventario en vigor por seren de recente apertura	CM	
Enderezo do centro					
Tipo de vía	Texto	CNH e posteriormente RECESS cando estea dispoñible+texto libre			CM
Nome da vía	Texto				CM
Número da vía	Texto				CM
Código postal	Texto				CM
Municipio	Texto				CM
Provincia	Texto				CM
País	Texto				CM
Teléfono	Texto				CM
Enderezo web/correo electrónico	Texto		Libre	Incluirase o enderezo web só se contén información de interese para o usuario	R
DATOS DO PACIENTE					
Nome	Texto	Dato que figure na BD da TSI da CA		CM	
Primeiro apelido	Texto			CM	
Segundo apelido	Texto			CM	
Data nacemento	dd/mm/aaaa			CM	
Sexo	Texto			H/M	CM
DNI/T. residencia/pasaporte	Texto				R
NASS	Texto				CM
CIP de C. autónoma	Texto				CM
Código SNS	Texto				R
CIP europeo	Texto			Resérvase este espazo en previsión de que, no futuro, exista un código europeo/internacional de identificación	R
Nº historia clínica	Texto	Libre		CM	
Nº cama / Nº consulta	Texto	Libre		R	
DATOS DO SOLICITANTE					
Denominación do servizo de saúde	Texto + logo	SAS. Servizo Andaluz de Saúde. SALUD. Servizo Aragonés de Saúde SESPA. Servizo de Saúde do Principado de Asturias. Servizo Canario de Saúde SCS. Servizo Cántabro de Saúde. SESCAM. Servizo de Saúde de Castilla-La Mancha.		CM	

Variable	Formato	Valores	Aclaracións	CM/R ⁸
		SACyL. Xerencia Rexional de Saúde de Castilla y León. DdS-GC. Departamento de Saúde da Xeneralidade de Cataluña SES. Servizo Estremeño de Saúde. SERGAS. Servizo Galego de Saúde. INXESA. Instituto Nacional de Xestión Sanitaria. IB-SALUT. Servizo de Saúde das Illes Balears. RIOJASALUD. Servizo Rioxano de Saúde. Servizo Madrileño de Saúde. Servizo Murciano de Saúde SNS-O. Servizo Navarro de Saúde-OSASUNBIDEA. Axencia Valenciana de Saúde OSAKIDETZA-Servizo Vasco de Saúde.		
Denominación do provisor de servizos	Texto +logo	Libre		R
Denominación do centro	Texto + logo	CNH ⁹ e posteriormente RECESS ¹⁰ cando estea dispoñible+texto libre	Existirá un campo adicional de texto libre para aqueles centros non recollidos no inventario en vigor por seren de recente apertura	CM
Servizo	Texto	Segundo a normativa en vigor en cada momento	Actualmente clasificación de servizos do CMBD/SIFCO	CM
Unidade	Texto	Libre		CM
Nome do solicitante	Texto	Libre (nome+2 apelidos)		CM
Categoría profesional	Texto	Médico residente Facultativo especialista de área Xefe de sección Xefe de servizo Médico de familia Facultativo Pediatra de AP Texto libre		CM
DATOS DO PROCESO ASISTENCIAL				
Información clínica	Texto	Libre	Reflectirá o mesmo contido que o volante de petición da exploración. É o lugar para detallar os datos clínicos que xustifican a realización da proba e establecen as sospeitas diagnósticas	CM
Exploración	Texto + código (cadea numérica+ cadea de texto)	Libre Catálogo SERAM en vigor Catálogo SEMN en vigor		CM R
Data de exploración	dd/mm/aaaa	Libre		CM
Descrición da exploración	Texto	Libre	É unha descrición detallada da exploración realizada, en que se poderán concretar ademais: <ul style="list-style-type: none"> . Prioridade (normal, urxente) . Medios de contraste (tipo, dose e velocidade de inxección) . Reaccións adversas . Outros incidentes (falta de colaboración, ansiedade, claustrofobia...) e abordaxe destes. . Limitacións técnicas . Exploración coa que se compara e data desta. 	R
Achados	Texto	Libre	É unha descrición detallada dos achados, en que se poderán concretar ademais: <ul style="list-style-type: none"> . Achados negativos . Comparación con estudos previos . Limitacións diagnósticas 	CM

⁹ CNH: Catálogo nacional de hospitais¹⁰ RECESS: Rexistro Xeral de Establecementos, Centros e Servizos Sanitarios do MSPS.

Variable	Formato	Valores	Aclaracións	CM/R ⁸
Diagnóstico	Texto +	Libre		CM
	código	Cadea de texto (nome do catálogo utilizado) + código asignado		R
Recomendacións	Texto	Libre	É o lugar para recoller: Coidados ou tratamentos que se deben seguir despois da realización da exploración diagnóstica ou intervencionista. Indicación doutras exploracións que se deben realizar para completar o estudo do paciente ou o prazo en que se debe realizar un control da exploración	CM

ANEXO VII

CONXUNTO DE DATOS DO INFORME DE COIDADOS DE ENFERMARÍA

Variable	Formato	Valores	Aclaracións	CM/R ¹¹
DATOS DO DOCUMENTO				
Tipo de documento	Texto	Informe de coidados de enfermaría		CM
Data de sinatura	dd/mm/aaaa	Libre	É común a ambos os pés de sinatura do informe	CM
Data valoración de enfermaría	dd/mm/aaaa	Libre		CM
Data alta de enfermaría/Data de derivación enfermeira	dd/mm/aaaa	Libre		CM
Enfermeira responsable 1	Texto	Libre (nome+2 apelidos)		CM
Categoría profesional enfermeira responsable 1	Texto	Enfermeira Enfermeira especialista Enfermeira residente (EIR)	É parte do primeiro pé de sinatura do informe	CM
Enfermeira responsable 2	Texto	Libre (nome+2 apelidos)		CM
Categoría profesional enfermeira responsable 2	Texto	Enfermeira Enfermeira especialista	É parte do segundo pé de sinatura, que acostuma supervisar ao primeiro asinante	CM
Dispositivo asistencial	Texto	Centro de saúde Hospital Urxencias hospitalarias Urxencias extrahospitalarias Centro sociosanitario Outros		CM
DATOS DA INSTITUCIÓN EMISORA				
Denominación do servizo de saúde	Texto + logo	SAS. Servizo Andaluz de Saúde. SALUD. Servizo Aragónés de Saúde SESPA. Servizo de Saúde do Principado de Asturias. Servizo Canario de Saúde SCS. Servizo Cántabro de Saúde. SESCAM. Servizo de Saúde de Castilla-La Mancha. SACyL. Xerencia Rexional de Saúde de Castilla y León. DdS-GC. Departamento de Saúde da Xeneralidade de Cataluña SES. Servizo Estremeño de Saúde. SERGAS. Servizo Galego de Saúde. INXESA. Instituto Nacional de Xestión Sanitaria. IB-SALUT. Servizo de Saúde das Illes Balears. RIOJASALUD. Servizo Rioxano de Saúde. Servizo Madrileño de Saúde. Servizo Murciano de Saúde SNS-O. Servizo Navarro de Saúde-OSASUNBIDEA. Axencia Valenciana de Saúde		CM

¹¹ Pódese clasificar cada campo segundo se considere que a súa presenza é esencial (aínda que cubrir o valor non sexa obrigatorio) e por iso debe formar parte do conxunto mínimo do SNS (CM) ou polo contrario é aconsellable a súa presenza pero non imprescindible como parte do conxunto mínimo de datos (R)

Variable	Formato	Valores	Aclaracións	CMR ¹¹	
		OSAKIDETZA-Servizo Vasco de Saúde.			
Denominación do provisor de servizos	Texto +logo	Libre		R	
Denominación do centro	Texto + logo	CNH ¹² para centros de atención especializada, inventario para centros de primaria e posteriormente RECESS ¹³ cando estea dispoñible + texto libre	Existirá un campo adicional de texto libre para aqueles centros non recollidos no inventario en vigor por seren de recente apertura	CM	
Enderezo do centro					
Tipo de vía	Texto	CNH e posteriormente RECESS cando estea dispoñible+texto libre		CM	
Nome da vía	Texto			CM	
Número da vía	Texto			CM	
Código postal	Texto			CM	
Municipio	Texto			CM	
Provincia	Texto			CM	
País	Texto			CM	
Teléfono	Texto			CM	
Enderezo web/correo electrónico	Texto		Libre	Incluirase o enderezo web só se contén información de interese para o usuario	R
DATOS DO PACIENTE					
Nome	Texto	Dato que figure na BD da TSI da CA		CM	
Primeiro apelido	Texto			CM	
Segundo apelido	Texto			CM	
Data nacemento	dd/mm/aaaa			CM	
Sexo	Texto		H/M	CM	
DNI/T.residencia/pasaporte	Texto			R	
NASS	Texto			CM	
CIP de C. autónoma	Texto			CM	
Código SNS	Texto			R	
CIP europeo	Texto			Resérvase este espazo en previsión de que, no futuro, exista un código europeo/internacional de identificación.	R
Nº historia clínica	Texto	Libre		CM	
Domicilio		Dato que figure na BD da TSI da CA			
Tipo de vía	Texto			CM	
Nome da vía	Texto			CM	
Número da vía	Texto			CM	
Piso	Texto			CM	
Letra	Texto			CM	
Código postal	Texto			CM	
Municipio	Texto			CM	
Provincia	Texto			CM	
Teléfono	Texto	Dato que figure na BD da TSI da CA+texto libre	Existirá texto libre para engadir un segundo número de teléfono	R	
Persoa de referencia	Texto	Libre (nome + 2 apelidos)	Trátase da persoa que representa os intereses do paciente.	CM	
Teléfono de referencia	Texto	Libre		CM	
DATOS DO PROCESO ASISTENCIAL					
Causas que xeran a actuación enfermeira	Texto	Libre		CM	
Motivo de alta/derivación enfermeira	Texto	Ingreso Traslado a domicilio Traslado de servizo Traslado a centro hospitalario Traslado a un centro sociosanitario Alta voluntaria Falecemento Outros		CM	

¹² CNH: Catálogo nacional de hospitais¹³ RECESS: Rexistro Xeral de Establecementos, Centros e Servizos Sanitarios do MSPS.

Variable	Formato	Valores	Aclaracións	CM/R ¹¹
Antecedentes e contorno	Texto	Libre	Destacar soamente a información relevante	CM
Enfermidades previas Intervencións cirúxicas Tratamentos farmacolóxicos Alerxias Actuacións preventivas (1) Factores persoais, familiares, sociais, culturais e laborais destacables (2).	Texto	Libre	(1) Vacinacións e o seu estado (2) O conxunto de factores sinalados refírese a aqueles elementos (persoais, familiares, sociais ou profesionais) que, formando parte do seu contorno, poden influír ou condicionar a evolución do seu estado de saúde. Teñen cabida tamén aqueles acontecementos puntuais (perda de familiar, evento laboral,...) que poidan influír na súa resposta ante diferentes situacións de saúde.	R
Diagnósticos enfermeiros resoltos	Texto + código	Literal NANDA +Código NANDA	Trátase de destacar aqueles diagnósticos, xa resoltos, que poidan resultar de interese para prever posteriores aparicións	CM R
Protocolos asistenciais en que está incluído	Texto	Libre	Teñen cabida todos os procesos asistenciais e programas de saúde en que se encontren incluídos, tanto programas preventivos como de seguimento, rehabilitación ou educación sanitaria entre outros. Así como a relación de problemas interdependentes e/ou de colaboración se fose o caso.	CM
Valoración activa	Texto	Libre		CM
Modelo de referencia utilizado Resultados destacables	Texto	Libre	Deberase reflectir a información relativa á valoración enfermeira máis recente. Recoméndase especificar outras escalas ou tests aplicados e alleos ao modelo utilizado na valoración xeral.	CM CM
Diagnósticos enfermeiros activos	Texto + código	Literal NANDA + Código NANDA	Aqueles diagnósticos presentes no momento da elaboración do informe, tanto reais como potenciais	CM R
Resultados de enfermaría	Texto + código	Literal NOC + Código NOC	Aqueles resultados seleccionados para identificar a evolución do paciente, como resultado das intervencións planificadas	CM R
Intervencións de enfermaría	Texto + código	Literal NIC +Código NIC	As intervencións que se están levando a cabo no momento de elaboración do informe	CM R
Coidador principal	Texto	Libre (nome + 2 apelidos) + Vinculación co usuario	Deberase indicar tanto o nome como a relación que ten con el (familiar, coidador externo...)	CM R
Información complementaria/observacións	Texto	Libre	Pódese incluír información relativa á presenza de catéteres, próteses, dietas especiais, así como destacar algún aspecto de especial relevancia relativo á aplicación das intervencións activas.	R

ANEXO VIII

CONXUNTO DE DATOS DA HISTORIA CLÍNICA RESUMIDA

Variable	Formato	Valores	Aclaracións	CM/R ¹⁴	Transferencia de datos ¹⁵	Acceso ¹⁶
DATOS DO DOCUMENTO						
Tipo de documento	Texto	Historia clínica resumida		CM	A	P/C
Data de creación	dd/mm/aaaa	Libre		CM	A	P/C
Data de última actualización	dd/mm/aaaa	Libre	A data en que foi modificado algún dos compoñentes do rexistro por última vez	CM	A	P/C

¹⁴ Pódese clasificar cada campo segundo se considere que a súa presenza é esencial (aínda que cubrir o valor non sexa obrigatorio) e por iso debe formar parte do conxunto mínimo do SNS (CM), ou polo contrario é aconsellable a súa presenza, pero non imprescindible como parte do conxunto mínimo de datos (R).

¹⁵ Os datos dos campos da historia clínica resumida débense alimentar de forma automática A, a partir da historia de saúde dixital, excepto un número moi reducido deles que terá que alimentar manualmente M o profesional, naqueles casos en que este o considere conveniente.

¹⁶ O campo pode estar accesible, segundo a natureza do seu contido (anotacións subxectivas ou datos obxectivos), aos profesionais P ou ao cidadán C

Variable	Formato	Valores	Aclaracións	CM/R ¹⁴	Transferencia de datos ¹⁵	Acceso ¹⁶
DATOS DA INSTITUCIÓN EMISORA						
Denominación do servizo de saúde	Texto + logo	SAS. Servizo Andaluz de Saúde. SALUD. Servizo Aragonés de Saúde SESPA. Servizo de Saúde do Principado de Asturias. Servizo Canario de Saúde SCS. Servizo Cántabro de Saúde. SESCAM. Servizo de Saúde de Castilla-La Mancha. SACyL. Xerencia Rexional de Saúde de Castilla y León. DdS-GC. Departamento de Saúde da Xeneralidade de Cataluña SES. Servizo Extremeño de Saúde. SERGAS. Servizo Galego de Saúde. INXESA. Instituto Nacional de Xestión Sanitaria. IB-SALUT. Servizo de Saúde das Illas Balears. RIOJASALUD. Servizo Rioxano de Saúde. Servizo Madrileño de Saúde. Servizo Murciano de Saúde SNS-O. Servizo Navarro de Saúde-OSASUNBIDEA. Axencia Valenciana de Saúde OSAKIDETZA-Servizo Vasco de Saúde.		CM	A	P/C
Denominación do provisor de servizos	Texto+logo	Libre		R		
DATOS DO USUARIO/PACIENTE						
Nome	Texto	Dato que figure na BD de TSI da CA	H/M	CM	A	P/C
Primeiro apelido	Texto			CM	A	P/C
Segundo apelido	Texto			CM	A	P/C
Data de nacemento	dd/mm/aaaa			CM	A	P/C
Sexo	Texto			CM	A	P/C
DNI/T.residencia/pasaporte	Texto			R	A	P/C
NASS	Texto			CM	A	P/C
CIP de C. Autónoma	Texto			CM	A	P/C
Código SNS	Texto			R	A	P/C
CIP europeo					Resérvase este espazo en previsión de que, no futuro, exista un código europeo/internacional de identificación.	R
Nº historia clínica	Texto	Libre		CM	A	P/C
Tipo de vía	Texto	Dato que figure na BD de TSI da CA		CM	A	P/C
Nome da vía	Texto			CM	A	P/C
Número da vía	Texto			CM	A	P/C
Piso	Texto			CM	A	P/C
Letra	Texto			CM	A	P/C
Código postal	Texto			CM	A	P/C
Municipio	Texto			CM	A	P/C
Provincia	Texto			CM	A	P/C
Teléfono	Texto			R	A	P/C
Persoa de referencia	Texto			Libre (nome + 2 apelidos)	Trátase da persoa que representa os intereses do paciente.	R
Teléfono de referencia	Texto	Libre		R	A/M	P/C
Coidador principal	Texto	Libre (nome + 2 apelidos)		R	A/M	P/C
DATOS DE SAÚDE						
Existe información reservada por decisión do paciente	Botón s/n	SI NON	Este campo informa o profesional de que existe algún dato clínico que non figura na HC por decisión do propio paciente.	CM	A	P/C
Existe documento de instrucións previas	Botón s/n	SI NON	Informa o profesional de que existe este documento que esta dispoñible no Rexistro de Últimas Vontades.	CM	A/M	P/C

Variable	Formato	Valores	Aclaracións	CM/R ¹⁴	Transferencia de datos ¹⁵	Aceso ¹⁶
Está incluído en protocolo de investigación clínica	Botón s/n	SI NON	Informa da inclusión nun protocolo de investigación na data de última actualización.	R	M	P/C
Alerxias	Texto	Libre		CM	A	P/C
Vacinacións	Texto	Libre		CM	A	P/C
Problemas resolto, cerrados ou inactivos	Texto	Data + texto libre	Especificarase a data de peche e o motivo	R	A	P/C
Problemas e episodios activos	Texto + código	Data + texto libre Sistema de codificación CIE 9 MC/CIE 10/CIAP 2 Definida/SNOMED-CT	Os que figuren na historia na data de última actualización. Os sistemas de codificación serán substituídos por versións posteriores se así se acordase no Consello Interterritorial do SNS	CM R	A	P/C
Tratamento	Texto	Libre		CM		P/C
Recomendacións	Texto	Libre	Trátase de recomendacións terapéuticas que non inclúen fármacos (oxixenoterapia, dieta, limitacións de esforzo físico, etc.)	CM	A	P/C
Fármacos	Texto +código	Libre (especialidade+principio activo+dose/unidade+nº unidades/doses+ intervalo de doses+ vía administración+duración) Nomenclátor oficial MSPS (código nacional)/Snomed-CT	Prescricións activas na data de actualización. Na medida en que a implantación das aplicacións informáticas de HCE, que inclúen módulos de prescrición o permitan, o texto libre, será substituído progresivamente polo vocabulario do catálogo de medicamentos autorizados (Nomenclátor oficial/ Snomed-CT)	CM	A	P/C
Diagnósticos enfermeiros activos	Texto + código	Literal NANDA +Código NANDA	Os que figuren na historia na data de última actualización	CM R	A	P/C
Resultados de enfermaría	Texto + código	Literal NOC +Código NOC	Aqueles resultados seleccionados para identificar a evolución do paciente, como resultado das intervencións planificadas Os que figuren na historia na data de última actualización	CM R	A	P/C
Intervencións de enfermaría	Texto + código	Literal NIC +Código NIC	Os que figuren na historia na data de última actualización	CM R	A	P/C
ALERTAS	Texto	Libre	O seu contido deben ser advertencias clave de carácter obxectivo que pola súa especial transcendencia deban ser resaltadas para ser tidas en conta por calquera profesional que deba prestar atención (Ex: anixioedema desencadeado por IECAS, dispositivo IV con reservorio)	CM	M	P/C
Observacións subjectivas do profesional	Texto	Libre	A única xustificación deste campo é recoller valoracións do profesional, sempre que sexan de auténtico interese para o manexo dos problemas de saúde por outro profesional. Só deberán ser sinaladas aquelas observacións que sexan encadrables nalgúns dos seguintes números: <ul style="list-style-type: none"> • VALORACIÓNS SOBRE HIPÓTESE DIAGNÓSTICAS NON DEMOSTRADAS • SOSPEITA ACERCA DE INCUMPRIMENTOS TERAPÉUTICOS • SOSPEITA DE TRATAMENTOS NON DECLARADOS 	R	M	P

Variable	Formato	Valores	Aclaracións	CM/R ¹⁴	Transferencia de datos ¹⁵	Aceso ¹⁶
			<ul style="list-style-type: none"> • SOSPEITA DE HÁBITOS NON RECOÑECIDOS • SOSPEITA DE TER SIDO VÍTIMA DE MALOS TRATOS • COMPORTAMENTOS INSÓLITOS 			

ANEXO IX

LISTA ALFABÉTICA DE ABREVIATURAS EMPREGADAS

Abreviatura empregada	Significado
BD TSI	Base de datos de tarxeta sanitaria individual
CIAP 2	Clasificación internacional en atención primaria. Versión 2
CIE9-MC	Clasificación internacional de enfermedades. Modificación clínica
CM	Conxunto mínimo
CMBD	Rexistro de altas dos hospitais xerais do Sistema Nacional de Saúde
CNH	Catálogo nacional de hospitais
LOINC	Logical observation identifiers names and codes
MSPS	Ministerio de Sanidade e Política Social
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NIC	Nursing Interventions Classification
NOC	Nursing Outcomes Classification
R	Recomendable
RECESS	Rexistro Xeral de Establecementos, Centros e Servizos Sanitarios do Ministerio de Sanidade e Política Social
SERAM	Sociedade Española de Radioloxía Médica
SEMN	Sociedade Española de Medicina Nuclear
SIFCO	Sistema de Información do Fondo de Cohesión do SNS
SNOMED-CT	Systematized Nomenclature of Medicine-Clinical Terms