

MIPRES NOPBSUPC - FORMULARIO PARA CONTINGENCIA

IRANSCRIPCION	
I. MOTIVO IMPOSIBILIDAD DE ACCESO Y REGISTRO EN MIPRES	
1) Seleccionar la opción que corresponda, y describir la situación.	
Dificultades técnicas Ausencia de servicio eléctrico Aclaración:	Firma del profesional de salud
Falta de conectividad Inconsistencias de afiliación o identificación	
II. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS	
2) Fecha: Año: A A A A Mes: M M Dia: D D Hora: H H : M M	
3) Razón Social: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA 4) NIT: 8 9 1 8 5 5 4	3 8 - 4
5) Código Habilitación: 1 5 2 3 8 0 0 6 6 4	
III. IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD	
6) Tipo Documento Identificación: CC 7) Número Documento Identificación: CE	
8) Nombre Completo PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
9) Especialidad: 10) Registro Profesional:	
IV. DATOS INICIALES DATOS DEL PACIENTE	
11) Tipo Documento Identificación: 12) Número Documento Identificación:	
CC RC TI CE PA NV CD SC PR PE T	
13) Nombre Completo PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
14) ÁMBITO DE ATENCIÓN	
Ambulatorio No Priorizado L. Ambulatorio Priorizado L. Hospitalario Domiciliario L. Hospitalario Internacio	
15) ¿La prestación es una referencia/contrareferencia? Si No Sólo aplica para tecnologías de Medicamento ámbito Hospitalario Interno	-
16) ¿Paciente con enfermedad huérfana? Si No No 17) Cual?	
18) DIAGNÓSTICO QUE GENERA LA SOLICITUD	
¿El diagnóstico principal del paciente es la Diagnóstico Principal: enfermedad huérfana antes relacionada? Diagnóstico Relacionado 1: Si Diagnóstico Relacionado 2:	
Si marcó "Sí", <u>NO</u> diligencie el campo "Diagnóstico Principal" V. MEDICAMENTOS	
19) Tipo de Medicamento: Medicamento Vital no Disponible Preparación Magistral UNIF	DE [
20) Al diligenciar este formulario certifico que:	73 🗀
1. EL MEDICAMENTO A PRESCRIBIR NO ESTÁ FINANCIADO POR EL PBSUPC.	
2. EL MEDICAMENTO A PRESCRIBIR NO SE ENCUENTRA EN FASE EXPERIMENTAL.	
3. SE UTILIZARON LOS MEDICAMENTOS EXISTENTES EN EL PBSUPC - <u>Selección Única.</u>	
	cripción de la Razón
- Se utilizó y no se obtuvieron resultados clínicos o paraclínicos satisfactorios en el término previsto de sus indicaciones	
- Se utilizó y se observaron reacciones adversas o intolerancia por el paciente	
4. Ó, SE DESCARTARON LOS MEDICAMENTOS EXISTENTES EN EL PBSUPC - <u>Selección Única</u> . (Si utilizó pase a 5.)	
Medicamento descartado DCI	
	cripción de la Razón
- Se descartó porque se prevén reacciones adversas o intolerancia por el paciente	
- Se descartó porque existen indicaciones o contraindicaciones expresas - Se descartó porque no existe otra alternativa en el PBSUPC	
- Se descartó porque se tiene mejor evidencia científica disponible sobre seguridad, eficacia y efectividad clínica	
5. LA INDICACIÓN O USO PREVISTO DEL MEDICAMENTO ESTÁ REGISTRADO/APROBADO POR EL COMPETENTE.	
Ó, EL MEDICAMENTO APARECE EN LA LISTA DE USO NO INDICADO EN EL REGISTRO SANITARIO - UNIRS.	REQUIERE ANALISIS DE LA JUNTA DE
6. EXISTE EVIDENCIA CIENTÍFICA DISPONIBLE SOBRE SEGURIDAD, EFICACIA Y EFECTIVIDAD CLINICA. Descripción de la evidencia	PROFESIONALES DE LA SALUD
XV. Espacio a ser diligenciado por el Profesional de Salud con Rol Transcriptor de la	EPS:
82) Fecha Transcripción: Año: A A A A Mes: M M Dia: D D Hora: H H :	S S
83) Número de prescripción que genera MIPRES No PBSUPC 84) Firma pro	fesional de salud Transcriptor

La salud es de todos Minsalud

MIPRES NoPBSUPC - FORMULARIO PARA CONTINGENCIA

<u>TRANSCRIPCIÓN</u>						
	I. MOTIVO IMPOSIBI	LIDAD DE ACCESO Y REGI	STRO EN MIPRES			
1) Seleccionar la opción que correspon	da, y describir la situación.					
Dificultades técnicas 🔲 Aus	sencia de servicio eléctrico [Aclaración:		Firma del profesional de salud		
Falta de conectividad I I	onsistencias de afiliación o ntificación					
	II. DATOS DE LA IN	ISTITUCIÓN PRESTADORA	A DE SERVICIOS			
2) Fecha: Año: A A A A	Mes: M M Dia:	D D Hora: H	H : M M			
3) Razón Social: <u>EMPRESA SOCIAL D</u>	EL ESTADO HOSPITAL REGIONAL D	DE DUITAMA 4) NIT:	8 9 1 8 5 5 4	3 8 - 4		
5) Código Habilitación : 1 5 2	3 8 0 0 6 6 4	CIÓN DEL PROFESIONAL D	DE LA SALLID			
6) Tipo Documento Identificación:		mento Identificación:	LA SALOD			
	CE					
8) Nombre Completo	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
9) Especialidad:		10) Registro Prof	esional:			
		IV. DATOS INICIALES				
11) Tipo Documento Identificación:		DATOS DEL PACIENTE 12) Núm	ero Documento Identificación	:		
· · ·	PA NV CD SC SC	PR PE D				
13) Nombre Completo	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
_		14) ÁMBITO DE ATENCIÓN	_			
Ambulatorio No Priorizado	Ambulatorio Priorizado	Hospitalario Domiciliario	Hospitalario Internac			
15) ¿La prestación es una referencia/o	contrareferencia? Si	No Solo aplica pa	ra tecnologias de Medicamen ámbito Hospitalario Intern	tos y Procedimientos NOPBSUPC en nación o Urgencias		
16) ¿Paciente con enfermedad huérfar	,	Cual?				
·Fl dissu fation universal del consis		IÓSTICO QUE GENERA LA SOLI	CITUD			
¿El diagnóstico principal del pacier enfermedad huérfana antes relaci		tico Principal: tico Relacionado 1:				
Si 🔲 No 🔲	Diagnóst	tico Relacionado 2:				
Si marcó "Sí", <u>NO</u> diligencie el campo		ÓN DEL MEDICAMENTO	NO DECLIDO			
		. –	_	Cantidad contenida P.A. (Sólo para		
22) Principio Activo en Denominación	21) Tipo de Prestació	· 	vo-Concentración	preparación magistral)		
22) Frincipio Activo en Denominación	Comun internacional - DCI	Número Número	Unidad de medida	Número Unidad de medida		
24) Forma Farmacéutica						
25) Vía de Administración		26) Justificación	No PBS			
27) Medicamento NoPBSUPC y UNIRS?	? No Si 🗌					
Si en 27) marcó Si, Escriba aquí la(s) indicación(es) UNIRS relacionadas:						
Si en 27) marco Si, Escriba aqui ia(s) maicacion(es) olviks relacionadas:						
28) Dosis 29	9) Frecuencia de Administración	30) Indicaciones Especiales	31)Duración Tratamiento	32) Cantidad Total		
Número Unidad de Medida	Cada Unidad de Tiempo		Durante Periodo	Número Unidad Farmaceutica		
22) Indianaisman Branconda issues						
33) Indicaciones o Recomendaciones p	para el paciente:					
			34) Fir	ma profesional de salud:		
XV. Espacio a ser diligenciado por el Profesional de Salud con Rol Transcriptor de la EPS:						
82) Fecha Transcripción: Año	o: A A A A Mes:	M M Dia: D D	Hora: H H :	SS		
83) Número de prescripción que gener	ra MIPRES No PBSUPC		84) Firma pro	ofesional de salud Transcriptor		

MIPRES NoPBSUPC - FORMULARIO PARA CONTINGENCIA

	<u>TRANSCRIPCION</u>	
I. MOTIVO IMPOS	SIBILIDAD DE ACCESO Y REGISTRO EN MIPRES	
1) Seleccionar la opción que corresponda, y describir la situación.		
Dificultades técnicas Ausencia de servicio eléctrico	Aclaración:	Firma del profesional de salud
Falta de conectividad Inconsistencias de afiliación o		
identificación		
	A INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS	
2) Fecha: Año: A A A A Mes: M M Dia:	D D Hora: H H : M M	
3) Razón Social: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONA	L DE DUITAMA 4) NIT: 8 9 1 8 5 5	5 4 3 8 - 4
5) Código Habilitación: 1 5 2 3 8 0 0 6 6 4		
	CACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD	
6) Tipo Documento Identificación: CC	ocumento Identificación:	
8) Nombre Completo PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO PRIMER NOMBI	RE SEGUNDO NOMBRE
9) Especialidad:	10) Registro Profesional:	
	IV. DATOS INICIALES	
	DATOS DEL PACIENTE	
11) Tipo Documento Identificación:	12) Número Documento Identifio	cación:
CC RC TI CE PA NV CD SC		
13) Nombre Completo PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO PRIMER NOMBI	RE SEGUNDO NOMBRE
	14) ÁMBITO DE ATENCIÓN	
Ambulatorio No Priorizado Ambulatorio Priorizado	Hospitalario Domiciliario Hospitalario Int	— · · · —
15) ¿La prestación es una referencia/contrareferencia?	SI I NO I I	amentos y Procedimientos NOPBSUPC en Internación o Urgencias
16) ¿Paciente con enfermedad huérfana? Si No	17) Cual?	
·	AGNÓSTICO QUE GENERA LA SOLICITUD	
	nóstico Principal:	
	nóstico Relacionado 1:	
Si No Diag Si marcó "Sí", <u>NO</u> diligencie el campo "Diagnóstico Principal"	nóstico Relacionado 2:	
ormance of , <u>ree</u> unigencie er cumpo Biugnostico i maipur	VII. PROCEDIMIENTOS	
35) Al diligenciar este formulario certifico que: 1. EL PROCEDIMIENTO TIENE CUPS O ES COMBINACIÓN DE CUPS	CUPS 1 CUPS 3 CUPS 2	
2. EL PROCEDIMIENTO NO SE ENCUENTRA FINANCIADO CON REC		
3. SE UTILIZÓ LO EXISTENTE EN EL PBSUPC.		
Procedimiento utilizado: CUPS		
4. Ó, SE DESCARTÓ LO EXISTENTE EN EL PBSUPC - <u>Selección Únic</u>	a. (Si utilizó pase a VIII.)	Descripción de la Razón
- Se descartó porque no existe alternativa en el PBS.		
- Se descartó porque se tiene mejor evidencia científica dispo	nible sobre seguridad.	
eficacia y efectividad clínica.		
Procedimiento descartado: CUPS		
RECUERDE QUE TODOS LOS DISPOSITIVOS MÉ	DICOS NECESARIOS E INSUSTITUIBLES ESTÁN INCLUIDOS I	EN EL PROCEDIMIENTO
VIII. PRESCRI	PCIÓN DEL PROCEDIMIENTO NO PBSUPC	
36) Tipo de Pres	ación: Única Sucesiva	
37) Procedimiento - CUPS		
38) Procedimiento	40) Frecuencia de uso	41) Duración Tratamiento
43) Justificación No PBSUPC	39) Cantidad Cada Unidad de Tie	•
	42) Cantidad	
	Total	
44) Indicaciones o Recomendaciones para el Paciente		
		15) Firma profesional de salud
XV. Espacio a ser diligenciado	por el Profesional de Salud con Rol Transcriptor	
82) Fecha Transcripción: Año: A A A Mes	: M M Dia: D D Hora: H F	1 : S S
83) Número de prescripción que genera MIPRES No PBSUPC		
,	84) Fire	ma profesional de salud Transcriptor

La salud es de todos Minsalud

MIPRES NOPBSUPC - FORMULARIO PARA CONTINGENCIA REPORTE DE PRESCRIPCIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS CON RECURSOS DE LA UPC

es de todos	Willisatuu					MENTARIOS		
<u>TRANSCRIPCIÓN</u>								
I. MOTIVO IMPOSIBILIDAD DE ACCESO Y REGISTRO EN MIPRES								
1) Seleccionar la opción	que correspor	nda, y describir la situación.						
Dificultades técnicas	Aus	sencia de servicio eléctrico	Aclarac	ión:			Firma del profesio	nal de salud
Falta de conectividad	1 1	onsistencias de afiliación o ntificación						
		II. DATOS DE LA IN	STITUCIÓ	N PRESTAD	ORA DE SI	RVICIOS		
2) Fecha: Año: A	A A A	Mes: M M Dia:	D D	Hora:	н н :	MM		
3) Razón Social: EMPRI	ESA SOCIAL D	EL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE	DUITAMA	4) NIT:	8 9	1 8 5 5 4	3 8 - 4	
5) Código Habilitación :	1 5 2	3 8 0 0 6 6 4	NÁN DEL E	DOFFCION	AL DE LA C	ALUD		
C) =		III. IDENTIFICAC			AL DE LA S	ALUD		
6) Tipo Documento Iden	itificacion:	CC 7) Número Docur						
8) Nombre Completo		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO) APELLIDO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO	NOMBRE
9) Especialidad:				10) Registro	Profesional:			
				SINICIALES				
11\ Tine Decuments Ide			DATOS DE	L PACIENTE	Niúmana Da	auta Idautifiaasifu		
11) Tipo Documento Ide CC RC TI		PA NV CD SC SC	PR 🔲 PE		Numero Doc	cumento Identificación		
13) Nombre Completo		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO	O APELLIDO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO	NOMBRE
		:	14) ÁMBITO	DE ATENCIÓN	l			
Ambulatorio No Prioriza	do 🔲	Ambulatorio Priorizado	Hospitalario	Domiciliario		Hospitalario Internaci	ón 🔲 Urge	encias 🔲
15) ¿La prestación es un	a referencia/o	contrareferencia?	□ No □	Sólo aplic	•	ologías de Medicament oito Hospitalario Intern	•	OPBSUPC en
Paciente con enferه (16	medad huérfa	na? Si 🗌 No 🔲 17) (Cual?					
		18) DIAGN	ióstico qu	E GENERA LA	SOLICITUD			
¿El diagnóstico prin			ico Principa					
enfermedad huérfa Si	na antes relac	•	ico Relacion ico Relacion					
		"Diagnóstico Principal"	ico Relacion	auo z.				
		IX.	DISPOSIT	VOS MÉDIC	cos			
46) Al diligenciar este fo	rmulario certi	fico que:						
1. SE AGOTÓ LA CO		•						
RE	CUERDE QUE	TODOS LOS DISPOSITIVOS MÉDICO	S NECESAR	IOS E INSUSTI	TUIBLES ES	TÁN INCLUIDOS EN EL I	PROCEDIMIENTO	
		X. PRESCRIPCIÓN	DEL DISPO	OSITIVO MÉ	DICO NO	PBSUPC		
48) Dispositivo Médico:		47) Tipo de Prestació	n: Únio	ca 🗌 Su	ıcesiva			
., .,				0) 0 11 1	50) F r	ecuencia de uso	51) Duración Tra	atamiento
53) Justificación No PBS	UPC:		4	9) Cantidad	Cada	Unidad de Tiempo	Cantidad	Periodo
			5	2) Cantidad Total				
				Total				
54) Indicaciones o Reco	mendaciones	para el Paciente			ı	-		
						55) Fir i	ma nrofesional de salu	ıd·
55) Firma profesional de salud: XV. Espacio a ser diligenciado por el Profesional de Salud con Rol Transcriptor de la EPS:								
82) Fecha Transcripción			MM	Dia:	D	Hora: H H :	S S	
02) Méman	-t.f	MIDDEC No. DDC//DC						
83) Número de prescrip	cion que gene	TO IVIIPKES NO PBSUPC		7		84) Firma pro	ofesional de salud Tran	scriptor



MIPRES NoPBSUPC - FORMULARIO PARA CONTINGENCIA

REPORTE DE PRESCRIPCIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS CON RECURSOS DE LA UPC O SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

TRANSCRIPCIÓN

					<u>ON</u>		
	I. M	IOTIVO IMPOSIB	ILIDAD DE A	CCESO Y REGISTRO	EN MIPRES		
1) Seleccionar la opción que corres	ponda, y describir	la situación.					
Dificultades técnicas	Ausencia de servio	cio eléctrico	Aclaració	ón:		Firma del profesion	al de salud
	Inconsistencias de						
Falta de conectividad	identificación	e armacion o					
		I. DATOS DE LA IN	ISTITUCIÓN	PRESTADORA DE SE	RVICIOS	<u>'</u>	
2) Fecha: Año: A A A	A Mes:	M M Dia:	D D	Hora: H H :	MM		
3) Razón Social: EMPRESA SOCIAL		OSDITAL DECIONAL D	E DITTAMA	4) NIT: 8 9	1 8 5 5 4	3 8 - 4	
			L DUTTAWA	4) NII: 0 9	1 6 5 5 4	3 0 - 4	
5) Código Habilitación: 1 5	2 3 8 0	0 6 6 4					
		III. IDENTIFICA	CIÓN DEL PE	ROFESIONAL DE LA S	ALUD		
6) Tipo Documento Identificación:	сс 🔲	7) Número Docu	mento Identifi	icación:			
	CE	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				1	
8) Nombre Completo	PRIMER A	PELLIDO	SEGUNDO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO N	OMBRE
9) Especialidad:				10) Registro Profesional:	-		
			IV. DATOS	INICIALES			
			DATOS DEL	PACIENTE			
11) Tipo Documento Identificación					cumento Identificación	1:	
CC RC TI CE	PA NV	CD SC	PR PE				
13) Nombre Completo	PRIMER A	PELLIDO	SEGUNDO	APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO N	OMBRE
		<u>'</u>	14) ÁMBITO D	OF ATENCIÓN		<u> </u>	
Ambulatorio No Priorizado	Ambulatorio I		Hospitalario [Hospitalario Intorna	sión 🗖 Hrgon	siac 🗖
Ambulatorio no Priorizado	Ambulatorio	Priorizado	nospitalario i	· 	Hospitalario Internac		
La prestación es una referenciئ (15	ia/contrareferenc	cia? Si	No 🗌	• •	ologias ae ivlealcamen ito Hospitalario Interi	itos y Procedimientos NO	PBSUPC en
16) ¿Paciente con enfermedad hué	erfana? Si □	□ No □ 17)	Cual2	umb	nto mospitulario interi	iucion o orgencius	
10) Eraciente con emermedad nde	: i i a i a i a i a i a i a i a i a i a	NO 17)	Cuai:				
		18) DIAGI	NÓSTICO QUE	GENERA LA SOLICITUD			
¿El diagnóstico principal del pa			tico Principal:				_
enfermedad huérfana antes re	elacionada?	•	tico Relaciona				_
Si No Si marcó "Sí", <u>NO</u> diligencie el can	nno "Diaanóstico		tico Relaciona	do 2:			
· = ·		-	ICTO DE SOI	PORTE NUTRICIONA	ı		
		All I RODE	CIO DE 30	TORTE NOTRICIONA			
56) Al diligenciar este formulario certifico que:							
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·							
1. EL PRODUCTO NUTRICIONA							
1. EL PRODUCTO NUTRICIONA 57) <u>Sólo para ámbito Ambulatorio</u>			iás de los sigui	entes diagnósticos y si e	s confirmado o no:		
			aás de los sigui	entes diagnósticos y si e Diagnóstico Confi			
	- Indique si el pa	iciente tiene uno o m	iás de los sigui		rmado		
57) <u>Sólo para ámbito Ambulatorio</u> - Enfermedad Huérfana, Enfermeda	- Indique si el pa	iciente tiene uno o m	aás de los sigui	Diagnóstico Confi	rmado	En caso de no presentar	
57) <u>Sólo para ámbito Ambulatorio</u> - Enfermedad Huérfana, Enfermeda - VIH	- Indique si el pa	iciente tiene uno o m	iás de los sigui	Diagnóstico Confi Si	rmado 	nguna de estas patologías	i,
57) <u>Sólo para ámbito Ambulatorio</u> - Enfermedad Huérfana, Enfermeda - VIH - Cáncer en Cuidado Paliativo	- Indique si el pa ad Rara, Ultra-Hué	iciente tiene uno o m	aás de los sigui	Diagnóstico Confi Si No Si No Si No	rmado	nguna de estas patologías por favor continúe el	·,
57) <u>Sólo para ámbito Ambulatorio</u> - Enfermedad Huérfana, Enfermeda - VIH - Cáncer en Cuidado Paliativo - Enfermedad Renal Crónica Estadio	- Indique si el pa ad Rara, Ultra-Hué o V	iciente tiene uno o m	iás de los sigui	Diagnóstico Confi Si No Si No Si No Si No	rmado	nguna de estas patologías por favor continúe el diligenciamiento del	,
57) <u>Sólo para ámbito Ambulatorio</u> - Enfermedad Huérfana, Enfermeda - VIH - Cáncer en Cuidado Paliativo - Enfermedad Renal Crónica Estadio - Desnutrición Proteicocalórica en n	- Indique si el pa ad Rara, Ultra-Hué o V menor de 5 años	i ciente tiene uno o m Érfana y Olvidada		Diagnóstico Confi Si No Si No Si No Si No Si No Si No	rmado	nguna de estas patologías por favor continúe el diligenciamiento del formulario.	
57) <u>Sólo para ámbito Ambulatorio</u> - Enfermedad Huérfana, Enfermeda - VIH - Cáncer en Cuidado Paliativo - Enfermedad Renal Crónica Estadio	- Indique si el pa ad Rara, Ultra-Hué o V menor de 5 años I SE DÁ EN AMBITO	eciente tiene uno o m Érfana y Olvidada O AMBULATORIO, SU	U PRESCRIPCIÓ	Diagnóstico Confi	rmado *	nguna de estas patologías por favor continúe el diligenciamiento del formulario. SIONALES DE LA SALUD, A	
57) <u>Sólo para ámbito Ambulatorio</u> - Enfermedad Huérfana, Enfermeda - VIH - Cáncer en Cuidado Paliativo - Enfermedad Renal Crónica Estadio - Desnutrición Proteicocalórica en n	- Indique si el pa ad Rara, Ultra-Hué o V menor de 5 años I SE DÁ EN AMBITO EL PACIENTE PR	eciente tiene uno o m érfana y Olvidada O AMBULATORIO, SU ESENTE ALGUNO(S)	J PRESCRIPCIÓ	Diagnóstico Confi	rmado * nir nir C LA JUNTA DE PROFES	nguna de estas patologías por favor continúe el diligenciamiento del formulario. SIONALES DE LA SALUD, A	
57) <u>Sólo para ámbito Ambulatorio</u> - Enfermedad Huérfana, Enfermeda - VIH - Cáncer en Cuidado Paliativo - Enfermedad Renal Crónica Estadio - Desnutrición Proteicocalórica en n	- Indique si el pa ad Rara, Ultra-Hué o V menor de 5 años I SE DÁ EN AMBITO EL PACIENTE PR XII. PRESC	eciente tiene uno o m érfana y Olvidada O AMBULATORIO, SU RESENTE ALGUNO(S) CRIPCIÓN DEL PRO	J PRESCRIPCIÓ DE LOS ANTER ODUCTO DE	Diagnóstico Confi	rmado * nir nir C LA JUNTA DE PROFES	nguna de estas patologías por favor continúe el diligenciamiento del formulario. SIONALES DE LA SALUD, A	
57) <u>Sólo para ámbito Ambulatorio</u> - Enfermedad Huérfana, Enfermeda - VIH - Cáncer en Cuidado Paliativo - Enfermedad Renal Crónica Estadio - Desnutrición Proteicocalórica en n RECUERDE, SI ÉSTA PRESCRIPCIÓN	- Indique si el pa ad Rara, Ultra-Hué o V menor de 5 años I SE DÁ EN AMBITO EL PACIENTE PR XII. PRESC	eciente tiene uno o m érfana y Olvidada O AMBULATORIO, SU ESENTE ALGUNO(S)	J PRESCRIPCIÓ DE LOS ANTER ODUCTO DE ón: Única	Diagnóstico Confi	rmado * nir nir C LA JUNTA DE PROFES	nguna de estas patologías por favor continúe el diligenciamiento del formulario. SIONALES DE LA SALUD, A	
57) <u>Sólo para ámbito Ambulatorio</u> - Enfermedad Huérfana, Enfermeda - VIH - Cáncer en Cuidado Paliativo - Enfermedad Renal Crónica Estadio - Desnutrición Proteicocalórica en n	- Indique si el pa ad Rara, Ultra-Hué o V menor de 5 años I SE DÁ EN AMBITO EL PACIENTE PR XII. PRESC	eciente tiene uno o m érfana y Olvidada O AMBULATORIO, SU RESENTE ALGUNO(S) CRIPCIÓN DEL PRO	J PRESCRIPCIÓ DE LOS ANTER ODUCTO DE ón: Única	Diagnóstico Confi	rmado * nir nir CLA JUNTA DE PROFES	nguna de estas patologías por favor continúe el diligenciamiento del formulario. SIONALES DE LA SALUD, A	
57) <u>Sólo para ámbito Ambulatorio</u> - Enfermedad Huérfana, Enfermeda - VIH - Cáncer en Cuidado Paliativo - Enfermedad Renal Crónica Estadio - Desnutrición Proteicocalórica en n RECUERDE, SI ÉSTA PRESCRIPCIÓN	- Indique si el pa ad Rara, Ultra-Hué o V menor de 5 años I SE DÁ EN AMBITO EL PACIENTE PR XII. PRESC	eciente tiene uno o m érfana y Olvidada O AMBULATORIO, SU RESENTE ALGUNO(S) CRIPCIÓN DEL PRO	U PRESCRIPCIÓ DE LOS ANTER ODUCTO DE ón: Única 60) Producto	Diagnóstico Confi	rmado * nir nir CLA JUNTA DE PROFES	nguna de estas patologías por favor continúe el diligenciamiento del formulario. SIONALES DE LA SALUD, A	
57) Sólo para ámbito Ambulatorio - Enfermedad Huérfana, Enfermeda - VIH - Cáncer en Cuidado Paliativo - Enfermedad Renal Crónica Estadio - Desnutrición Proteicocalórica en n RECUERDE, SI ÉSTA PRESCRIPCIÓN 59) Tipo de Producto de Soporte No	- Indique si el pa ad Rara, Ultra-Hué o V menor de 5 años I SE DÁ EN AMBITO EL PACIENTE PR XII. PRESC	eciente tiene uno o m érfana y Olvidada O AMBULATORIO, SU RESENTE ALGUNO(S) CRIPCIÓN DEL PRO	U PRESCRIPCIÓ DE LOS ANTER ODUCTO DE ón: Única 60) Producto	Diagnóstico Confi	rmado * nir nir CLA JUNTA DE PROFES	nguna de estas patologías por favor continúe el diligenciamiento del formulario. SIONALES DE LA SALUD, A	
57) Sólo para ámbito Ambulatorio - Enfermedad Huérfana, Enfermeda - VIH - Cáncer en Cuidado Paliativo - Enfermedad Renal Crónica Estadio - Desnutrición Proteicocalórica en n RECUERDE, SI ÉSTA PRESCRIPCIÓN 59) Tipo de Producto de Soporte No	- Indique si el pa ad Rara, Ultra-Hué b V menor de 5 años I SE DÁ EN AMBITO EL PACIENTE PR XII. PRESC utricional	eciente tiene uno o m érfana y Olvidada O AMBULATORIO, SU ESSENTE ALGUNO(S) CRIPCIÓN DEL PRO 58) Tipo de Prestacio	J PRESCRIPCIÓ DE LOS ANTER ODUCTO DE ón: Única 60) Producto	Diagnóstico Confi	* * * * * * * * * * * * * * * * * * *	nguna de estas patologías por favor continúe el diligenciamiento del formulario. SIONALES DE LA SALUD, A (S)	MENOS QUE
57) Sólo para ámbito Ambulatorio - Enfermedad Huérfana, Enfermeda - VIH - Cáncer en Cuidado Paliativo - Enfermedad Renal Crónica Estadio - Desnutrición Proteicocalórica en n RECUERDE, SI ÉSTA PRESCRIPCIÓN 59) Tipo de Producto de Soporte No	ad Rara, Ultra-Hué O V menor de 5 años I SE DÁ EN AMBITO EL PACIENTE PR XII. PRESC utricional	eciente tiene uno o m érfana y Olvidada O AMBULATORIO, SU RESENTE ALGUNO(S) CRIPCIÓN DEL PRO	J PRESCRIPCIÓ DE LOS ANTER ODUCTO DE ón: Única 60) Producto	Diagnóstico Confi	* * * * * * * * * * * * * * * * * * *	nguna de estas patologías por favor continúe el diligenciamiento del formulario. SIONALES DE LA SALUD, A (S) miento 67) Cantid	MENOS QUE
57) Sólo para ámbito Ambulatorio - Enfermedad Huérfana, Enfermeda - VIH - Cáncer en Cuidado Paliativo - Enfermedad Renal Crónica Estadio - Desnutrición Proteicocalórica en n RECUERDE, SI ÉSTA PRESCRIPCIÓN 59) Tipo de Producto de Soporte No 61) Forma	ad Rara, Ultra-Hué O V menor de 5 años I SE DÁ EN AMBITO EL PACIENTE PR XII. PRESC utricional	érfana y Olvidada O AMBULATORIO, SE ESSENTE ALGUNO(S) CRIPCIÓN DEL PRE 58) Tipo de Prestacio	J PRESCRIPCIÓ DE LOS ANTER ODUCTO DE ón: Única 60) Producto	Diagnóstico Confi	* * * * * * * * * * * * * * * * * * *	nguna de estas patologías por favor continúe el diligenciamiento del formulario. SIONALES DE LA SALUD, A (S) miento 67) Cantid	MENOS QUE
57) Sólo para ámbito Ambulatorio - Enfermedad Huérfana, Enfermeda - VIH - Cáncer en Cuidado Paliativo - Enfermedad Renal Crónica Estadio - Desnutrición Proteicocalórica en n RECUERDE, SI ÉSTA PRESCRIPCIÓN 59) Tipo de Producto de Soporte No 61) Forma	ad Rara, Ultra-Hué O V menor de 5 años I SE DÁ EN AMBITO EL PACIENTE PR XII. PRESC utricional	érfana y Olvidada O AMBULATORIO, SE ESSENTE ALGUNO(S) CRIPCIÓN DEL PRE 58) Tipo de Prestacio	J PRESCRIPCIÓ DE LOS ANTER ODUCTO DE ón: Única 60) Producto	Diagnóstico Confi	* * * * * * * * * * * * * * * * * * *	nguna de estas patologías por favor continúe el diligenciamiento del formulario. SIONALES DE LA SALUD, A (S) miento 67) Cantid	MENOS QUE
57) Sólo para ámbito Ambulatorio - Enfermedad Huérfana, Enfermeda - VIH - Cáncer en Cuidado Paliativo - Enfermedad Renal Crónica Estadic - Desnutrición Proteicocalórica en n RECUERDE, SI ÉSTA PRESCRIPCIÓN 59) Tipo de Producto de Soporte No 61) Forma 63) Dosis Número Unidad de Medida	ad Rara, Ultra-Hué O V menor de 5 años I SE DÁ EN AMBITO EL PACIENTE PR XII. PRESC utricional	érfana y Olvidada O AMBULATORIO, SE ESSENTE ALGUNO(S) CRIPCIÓN DEL PRE 58) Tipo de Prestacio	J PRESCRIPCIÓ DE LOS ANTER ODUCTO DE ón: Única 60) Producto	Diagnóstico Confi	* * * * * * * * * * * * * * * * * * *	nguna de estas patologías por favor continúe el diligenciamiento del formulario. SIONALES DE LA SALUD, A (S) miento 67) Cantid	MENOS QUE
57) Sólo para ámbito Ambulatorio - Enfermedad Huérfana, Enfermeda - VIH - Cáncer en Cuidado Paliativo - Enfermedad Renal Crónica Estadic - Desnutrición Proteicocalórica en n RECUERDE, SI ÉSTA PRESCRIPCIÓN 59) Tipo de Producto de Soporte No 61) Forma 63) Dosis Número Unidad de Medida 68) Justificación No PBSUPC:	ad Rara, Ultra-Hué O V menor de 5 años I SE DÁ EN AMBITO EL PACIENTE PR XII. PRESC utricional 64) Frecuencia o Cada U	eriente tiene uno o m érfana y Olvidada O AMBULATORIO, SU ESENTE ALGUNO(S) CRIPCIÓN DEL PRO 58) Tipo de Prestacio de Administración Unidad de Tiempo	J PRESCRIPCIÓ DE LOS ANTER ODUCTO DE ón: Única 60) Producto	Diagnóstico Confi	* * * * * * * * * * * * * * * * * * *	nguna de estas patologías por favor continúe el diligenciamiento del formulario. SIONALES DE LA SALUD, A (S) miento 67) Cantid	MENOS QUE
57) Sólo para ámbito Ambulatorio - Enfermedad Huérfana, Enfermeda - VIH - Cáncer en Cuidado Paliativo - Enfermedad Renal Crónica Estadic - Desnutrición Proteicocalórica en n RECUERDE, SI ÉSTA PRESCRIPCIÓN 59) Tipo de Producto de Soporte No 61) Forma 63) Dosis Número Unidad de Medida	ad Rara, Ultra-Hué O V menor de 5 años I SE DÁ EN AMBITO EL PACIENTE PR XII. PRESC utricional 64) Frecuencia o Cada U	eriente tiene uno o m érfana y Olvidada O AMBULATORIO, SU ESENTE ALGUNO(S) CRIPCIÓN DEL PRO 58) Tipo de Prestacio de Administración Unidad de Tiempo	J PRESCRIPCIÓ DE LOS ANTER ODUCTO DE ón: Única 60) Producto	Diagnóstico Confi	* * * * * * * * * * * * * * * * * * *	nguna de estas patologías por favor continúe el diligenciamiento del formulario. SIONALES DE LA SALUD, A (S) miento 67) Cantid	MENOS QUE
57) Sólo para ámbito Ambulatorio - Enfermedad Huérfana, Enfermeda - VIH - Cáncer en Cuidado Paliativo - Enfermedad Renal Crónica Estadic - Desnutrición Proteicocalórica en n RECUERDE, SI ÉSTA PRESCRIPCIÓN 59) Tipo de Producto de Soporte No 61) Forma 63) Dosis Número Unidad de Medida 68) Justificación No PBSUPC:	ad Rara, Ultra-Hué O V menor de 5 años I SE DÁ EN AMBITO EL PACIENTE PR XII. PRESC utricional 64) Frecuencia o Cada U	eriente tiene uno o m érfana y Olvidada O AMBULATORIO, SU ESENTE ALGUNO(S) CRIPCIÓN DEL PRO 58) Tipo de Prestacio de Administración Unidad de Tiempo	J PRESCRIPCIÓ DE LOS ANTER ODUCTO DE ón: Única 60) Producto	Diagnóstico Confi	* * * * * * * * * * * * * * * * * * *	nguna de estas patologías por favor continúe el diligenciamiento del formulario. SIONALES DE LA SALUD, A (S) miento 67) Cantic riodo Número	dad Total Presentación
57) Sólo para ámbito Ambulatorio - Enfermedad Huérfana, Enfermeda - VIH - Cáncer en Cuidado Paliativo - Enfermedad Renal Crónica Estadic - Desnutrición Proteicocalórica en n RECUERDE, SI ÉSTA PRESCRIPCIÓN 59) Tipo de Producto de Soporte No 61) Forma 63) Dosis Número Unidad de Medida 68) Justificación No PBSUPC:	ad Rara, Ultra-Hué O V menor de 5 años I SE DÁ EN AMBITO EL PACIENTE PR XII. PRESC utricional 64) Frecuencia o Cada U	ciente tiene uno o m érfana y Olvidada O AMBULATORIO, SO ESSENTE ALGUNO(S) CRIPCIÓN DEL PRO 58) Tipo de Prestación de Administración Jnidad de Tiempo	De LOS ANTER ODUCTO DE ón: Única 60) Producto 62) 65) Indi Cada	Diagnóstico Confi	* * * * * * * * * * * * * * * * * * *	nguna de estas patologías por favor continúe el diligenciamiento del formulario. SIONALES DE LA SALUD, A (S) miento 67) Cantio riodo Número	dad Total Presentación
57) Sólo para ámbito Ambulatorio - Enfermedad Huérfana, Enfermeda - VIH - Cáncer en Cuidado Paliativo - Enfermedad Renal Crónica Estadic - Desnutrición Proteicocalórica en n RECUERDE, SI ÉSTA PRESCRIPCIÓN 59) Tipo de Producto de Soporte No 61) Forma 63) Dosis Número Unidad de Medida 68) Justificación No PBSUPC:	ad Rara, Ultra-Hué O V menor de 5 años I SE DÁ EN AMBITO EL PACIENTE PR XII. PRESC utricional 64) Frecuencia o Cada U des para el pacient	ciente tiene uno o m érfana y Olvidada O AMBULATORIO, SI RESENTE ALGUNO(S) CRIPCIÓN DEL PRI 58) Tipo de Prestacio de Administración Unidad de Tiempo te:	De LOS ANTER ODUCTO DE ón: Única 60) Producto 65) Indi Cada	Diagnóstico Confi	* * * * * * * * * * * * * * * * * * *	nguna de estas patologías por favor continúe el diligenciamiento del formulario. SIONALES DE LA SALUD, A (S) miento 67) Cantio riodo Número	dad Total Presentación
57) Sólo para ámbito Ambulatorio - Enfermedad Huérfana, Enfermeda - VIH - Cáncer en Cuidado Paliativo - Enfermedad Renal Crónica Estadic - Desnutrición Proteicocalórica en n RECUERDE, SI ÉSTA PRESCRIPCIÓN 59) Tipo de Producto de Soporte No 61) Forma 63) Dosis Número Unidad de Medida 68) Justificación No PBSUPC:	ad Rara, Ultra-Hué O V menor de 5 años I SE DÁ EN AMBITO EL PACIENTE PR XII. PRESC utricional 64) Frecuencia o Cada U	ciente tiene uno o m érfana y Olvidada O AMBULATORIO, SO ESSENTE ALGUNO(S) CRIPCIÓN DEL PRO 58) Tipo de Prestación de Administración Jnidad de Tiempo	De LOS ANTER ODUCTO DE ón: Única 60) Producto 65) Indi Cada	Diagnóstico Confi	* * * * * * * * * * * * * * * * * * *	nguna de estas patologías por favor continúe el diligenciamiento del formulario. SIONALES DE LA SALUD, A (S) miento 67) Cantio riodo Número	dad Total Presentación
57) Sólo para ámbito Ambulatorio - Enfermedad Huérfana, Enfermeda - VIH - Cáncer en Cuidado Paliativo - Enfermedad Renal Crónica Estadic - Desnutrición Proteicocalórica en n RECUERDE, SI ÉSTA PRESCRIPCIÓN 59) Tipo de Producto de Soporte No 61) Forma 63) Dosis Número Unidad de Medida 68) Justificación No PBSUPC:	ad Rara, Ultra-Hué O V menor de 5 años I SE DÁ EN AMBITO EL PACIENTE PR XII. PRESC utricional 64) Frecuencia o Cada U des para el pacient V. Espacio a sel Año: A A	Administración Dinidad de Tiempo de Administración Dinidad de Tiempo A A A Mes:	De LOS ANTER ODUCTO DE ón: Única 60) Producto 65) Indi Cada	Diagnóstico Confi	* * * * * * * * * * * * * * * * * * *	nguna de estas patologías por favor continúe el diligenciamiento del formulario. SIONALES DE LA SALUD, A (S) miento 67) Cantio riodo Número	dad Total Presentación

La salud es de todos Minsalud

MIPRES NoPBSUPC - FORMULARIO PARA CONTINGENCIA

TRANSCRIPCIÓN							
	I. MOTIVO IMPOSIBILIDA	AD DE ACCESO Y R	EGISTRO I	EN MIPRES			
1) Seleccionar la opción que corresponda, y	describir la situación.						
Dificultades técnicas 🔲 Ausencia	a de servicio eléctrico	Aclaración:			Firma del pro	fesional de salud	
Falta de conectividad Inconsisti identifica	tencias de afiliación o						
	II. DATOS DE LA INSTI	TUCIÓN PRESTAD	ORA DE SE	RVICIOS			
2) Fecha: Año: A A A A Mes: M M Dia: D D Hora: H H : M M							
3) Razón Social: EMPRESA SOCIAL DEL ES	TADO HOSPITAL REGIONAL DE DU	JITAMA 4) NIT:	8 9	1 8 5 5 4	8 - 4		
5) Código Habilitación: 1 5 2 3	8 0 0 6 6 4 III. IDENTIFICACIÓN	N DEL PROFESION	AL DE LA S	ALUD			
6) Tipo Documento Identificación: CC	7) Número Documen	to Identificación:					
CE [DDIMED ADELLIDO S	ECTIVIDO ADELLIDO	1	DDIMED NOMBDE	SECTI	NDO NOMBRE	
8) Nombre Completo 9) Especialidad:	PRIMER APELLIDO S	10) Registro	Profesional:	PRIMER NOMBRE	SEGUI	NDO NOMBRE	
s, Especialidad.	IV	DATOS INICIALES	Toresional.				
		ATOS DEL PACIENTE					
11) Tipo Documento Identificación: CC RC TI CE PA		12)	Número Doc	umento Identificación:			
13) Nombre Completo	PRIMER APELLIDO S	EGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	SEGLI	NDO NOMBRE	
		ÁMBITO DE ATENCIÓN	.		3230		
Ambulatorio No Priorizado 🔲 Amb	_	pitalario Domiciliario		Hospitalario Internación		Urgencias	
15) ¿La prestación es una referencia/contra	areferencia? Si	No Sólo aplic	-	logías de Medicamentos ito Hospitalario Internac	-		
16) ¿Paciente con enfermedad huérfana?	Si No 17) Cual	?		·			
		TICO QUE GENERA LA S	OLICITUD				
¿El diagnóstico principal del paciente e enfermedad huérfana antes relacionad Si No	da? Diagnóstico l Diagnóstico l	Principal: Relacionado 1: Relacionado 2:					
Si marcó "Sí", <u>NO</u> diligencie el campo "Dia							
DECHEDDE LOS	XIII. SERVIC	CIOS COMPLEMEN		DE BROEESIONALES DE I	A SALLID		
71) Al diligenciar este formulario certifico o	que:	ERAN ANALIZADOS FO	A LA JONTA	DE PROPESIONALES DE I	A SALOD		
1. EL USO DEL SERVICIO NO ES COSMÉ 2. EL SERVICIO SÍ SE PRESTARÁ EN COL 3. EL SERVICIO CORRESPONDE A LA CO	OMBIA.	DEL DACIENTE					
Justificación:	INDICION CLINICA 1 DIAGNOSTICO	DEL PACIENTE.					
	XIV. PRESCRIPCIÓN SER	VICIO CONDI ENTE	NITADIO N	O DESTIDO			
	72) Tipo de Prestación:	. –	cesiva	O PB3OPC			
73) Tipo de Servicio Complementario	74) Descripción Servicio Com		icesiva				
79) Justificación No PBSUPC:	'		76)	Frecuencia de uso	77) Dura	ción Tratamiento	
		75) Cantidad	Cada	Unidad de Tiempo	Cantidad	Periodo	
		78) Cantidad Total					
80) Indicaciones o Recomendaciones para	el paciente						
·	•						
VI/ Form	81) Firma profesional de salud:						
XV. Espacio a ser diligenciado por el Profesional de Salud con Rol Transcriptor de la EPS: 82) Fecha Transcripción: Año: A A A A Mes: M M Dia: D D Hora: H H : S S							
83) Número de prescripción que genera M					, -		
				84) Firma profe	sional de salud	Transcriptor	