

I. MOTIVO IMPOSIBILIDAD DE ACCESO Y REGISTRO EN MIPRES

Firma del profesional de salud

□

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		
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--

CE ☐

SEGUNDO NOMBRE

10) Registro Profesional:

SEGUNDO NOMBRE

Urgencias ☐

Sólo aplica para tecnologías de Medicamentos y Procedimientos NOPBSUPC en ámbito Hospitalario Internación o Urgencias

17) Cual?

Si ☐ No ☐

Si marcó "Sí", NO diligencie el campo "Diagnóstico Principal"

UNIRS ☐

3. SE UTILIZARON LOS MEDICAMENTOS EXISTENTES EN EL PBSUPC - Selección Única.

DCI

Descripción de la Razón

9

☐

4. Ó, SE DESCARTARON LOS MEDICAMENTOS EXISTENTES EN EL PBSUPC - Selección Única. (Si utilizó pase a 5.)

DCI

Descripción de la Razón

☐

7

☐☐

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.

7

☐ ➔ REQUIERE ANALISIS DE LA JUNTA DE PROFESIONALES DE LA SALUD

6. EXISTE EVIDENCIA CIENTÍFICA DISPONIBLE SOBRE SEGURIDAD, EFICACIA Y EFECTIVIDAD CLÍNICA.

Descripción de la evidencia

83) *Número de prescripción que genera MIPRES No PBSUPC*

84) *Firma profesional de salud* Transcriptor

[illegible]

<div style="display: inline-block; vertical-align: middle; text-align: center;"> <div style="background-color: #0070C0; color: white; padding: 2px 5px; font-weight: bold;">La salud es de todos</div> <div style="background-color: #0070C0; color: white; padding: 2px 5px; font-weight: bold;">Minsalud</div> </div>		MIPRES NoPBSUPC - FORMULARIO PARA CONTINGENCIA REPORTES DE PRESCRIPCIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS CON RECURSOS DE LA UPC O SERVICIOS COMPLEMENTARIOS <u>TRANSCRIPCIÓN</u>	
I. MOTIVO IMPOSIBILIDAD DE ACCESO Y REGISTRO EN MIPRES			
1) Seleccionar la opción que corresponda, y describir la situación.			
Dificultades técnicas	<input type="checkbox"/>	Ausencia de servicio eléctrico	<input type="checkbox"/>
Falta de conectividad	<input type="checkbox"/>	Inconsistencias de afiliación o identificación	<input type="checkbox"/>
Aclaración:			<u>Firma del profesional de salud</u>
II. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS			
2) Fecha: Año: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mes: <input type="text"/> <input type="text"/> Día: <input type="text"/> <input type="text"/> Hora: <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>			
3) Razón Social: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA		4) NIT: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
5) Código Habilitación: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
III. IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD			
6) Tipo Documento Identificación: CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>		7) Número Documento Identificación: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
8) Nombre Completo		10) Registro Profesional:	
9) Especialidad:			
IV. DATOS INICIALES			
DATOS DEL PACIENTE			
11) Tipo Documento Identificación: CC <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/>		12) Número Documento Identificación: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
13) Nombre Completo		14) ÁMBITO DE ATENCIÓN	
		Ambulatorio No Priorizado <input type="checkbox"/> Ambulatorio Priorizado <input type="checkbox"/> Hospitalario Domiciliario <input type="checkbox"/> Hospitalario Internación <input type="checkbox"/> Urgencias <input type="checkbox"/>	
15) ¿La prestación es una referencia/contrareferencia? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <i>Sólo aplica para tecnologías de Medicamentos y Procedimientos NOPBSUPC en ámbito Hospitalario Internación o Urgencias</i>			
16) ¿Paciente con enfermedad huérfana? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 17) Cual? <input type="text"/>			
18) DIAGNÓSTICO QUE GENERA LA SOLICITUD			
¿El diagnóstico principal del paciente es la enfermedad huérfana antes relacionada? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Diagnóstico Principal: <input type="text"/>	
		Diagnóstico Relacionado 1: <input type="text"/>	
		Diagnóstico Relacionado 2: <input type="text"/>	
Si marcó "Si", <u>NO</u> diligencie el campo "Diagnóstico Principal"			
VII. PROCEDIMIENTOS			
35) Al diligenciar este formulario certifico que:			
1. EL PROCEDIMIENTO TIENE CUPS O ES COMBINACIÓN DE CUPS.		CUPS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
2. EL PROCEDIMIENTO NO SE ENCUENTRA FINANCIADO CON RECURSOS DE LA UPC.		CUPS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
3. SE UTILIZÓ LO EXISTENTE EN EL PBSUPC.			
Procedimiento utilizado: CUPS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		CUPS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
4. O, SE DESCARTÓ LO EXISTENTE EN EL PBSUPC - Selección Única. (Si utilizó pase a VIII.)		CUPS 4 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
- Se descartó porque no existe alternativa en el PBS.		<input type="checkbox"/>	
- Se descartó porque se tiene mejor evidencia científica disponible sobre seguridad, eficacia y efectividad clínica.		<input type="checkbox"/>	
Procedimiento descartado: CUPS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<u>Descripción de la Razón</u>	
RECUERDE QUE TODOS LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS NECESARIOS E INSUSTITUIBLES ESTÁN INCLUIDOS EN EL PROCEDIMIENTO			
VIII. PRESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO NO PBSUPC			
36) Tipo de Prestación: Única <input type="checkbox"/> Sucesiva <input type="checkbox"/>			
37) Procedimiento - CUPS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
38) Procedimiento <input type="text"/>		39) Cantidad	
43) Justificación No PBSUPC		40) Frecuencia de uso	
		Cada Unidad de Tiempo	
		41) Duración Tratamiento	
		Cantidad Periodo	
		42) Cantidad Total	
44) Indicaciones o Recomendaciones para el Paciente			
45) Firma profesional de salud			
XV. Espacio a ser diligenciado por el Profesional de Salud con Rol Transcriptor de la EPS:			
82) Fecha Transcripción: Año: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mes: <input type="text"/> <input type="text"/> Día: <input type="text"/> <input type="text"/> Hora: <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>			
83) Número de prescripción que genera MIPRES No PBSUPC <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
84) Firma 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
O SERVICIOS COMPLEMENTARIOS
TRANSCRIPCIÓN

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: Mes: Día: Hora: :

3) Razón Social: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA

4) NIT: 5) Código Habilitación:

III. IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

6) Tipo Documento Identificación:

CC ☐CE ☐

7) Número Documento Identificación:

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:

CC ☐RC ☐TI ☐CE ☐PA ☐NV ☐CD ☐SC ☐PR ☐PE ☐

12) Número Documento Identificación:

13) Nombre Completo

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

14) ÁMBITO DE ATENCIÓN

Ambulatorio No Priorizado ☐Ambulatorio Priorizado ☐Hospitalario Domiciliario ☐Hospitalario Internación ☐Urgencias ☐

15) ¿La prestación es una referencia/contrareferencia?

Sí ☐No ☐*Sólo aplica para tecnologías de Medicamentos y Procedimientos NOPBSUPC en
ámbito Hospitalario Internación o Urgencias*

16) ¿Paciente con enfermedad huérfana?

Sí ☐No ☐

17) Cual?

18) DIAGNÓSTICO QUE GENERA LA SOLICITUD

¿El diagnóstico principal del paciente es la
enfermedad huérfana antes relacionada?Sí ☐No ☐

Diagnóstico Principal:

Diagnóstico Relacionado 1:

Diagnóstico Relacionado 2:

Si marcó "Sí", NO diligencie el campo "Diagnóstico Principal"

XIII. SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

RECUERDE, LOS SERVICIOS COMPLEMENTARIOS SERÁN ANALIZADOS POR LA JUNTA DE PROFESIONALES DE LA SALUD

71) Al diligenciar este formulario certifico que:

1. EL USO DEL SERVICIO NO ES COSMÉTICO NI Suntuario.

2. EL SERVICIO SÍ SE PRESTARÁ EN COLOMBIA.

3. EL SERVICIO CORRESPONDE A LA CONDICIÓN CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE.

Justificación:

XIV. PRESCRIPCIÓN SERVICIO COMPLEMENTARIO NO PBSUPC

72) Tipo de Prestación: Única ☐ Sucesiva ☐

73) Tipo de Servicio Complementario

74) Descripción Servicio Complementario

79) Justificación No PBSUPC:

75) Cantidad

76) Frecuencia de uso

77) Duración Tratamiento

Cada

Unidad de Tiempo

Cantidad

Periodo

78) Cantidad
Total

80) Indicaciones o Recomendaciones para el paciente

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: Mes: Día: Hora: :

83) Número de prescripción que genera MIPRES No PBSUPC

84) Firma profesional de salud Transcriptor