

MIPRES NoPBS - FORMULARIO PARA CONTINGENCIA	
REPORT DE PRESCRIPCIÓN DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO CUBIERTAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC	
TRANSCRIPCIÓN	
I. MOTIVO IMPOSIBILIDAD DE ACCESO Y REGISTRO EN MIPRES	
1) Seleccionar la opción que corresponda, y describir la situación. Dificultades técnicas <input type="checkbox"/> No hay servicio eléctrico <input type="checkbox"/> Aclaración: <input type="checkbox"/> No hay conectividad <input type="checkbox"/> Inconsistencia afiliación o identificación <input checked="" type="checkbox"/> Paciente potestante a R. Subsidiario	
II. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS	
2) Fecha: Año: 2016 Mes: 01 Día: 26 Hora: 10:30	4) NIT: 900359092
3) Razón Social: Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica	5) Código Habilitación: 110012151501
III. IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD	
6) Tipo Documento Identificación: CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>	7) Número Documento Identificación: 63505222
8) Nombre Completo: BERNARD MORAÑO	10) Registro Profesional: 119457-2003
9) Especialidad: Psiquiatría	
IV. DATOS INICIALES	
11) Tipo Documento Identificación: CC <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input checked="" 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"/>	12) Número Documento Identificación: 1002331942
13) Nombre Completo: BASTISTA OMBEGA DIXON TABIAN	
14) ÁMBITO DE ATENCIÓN Ambulatorio No Priorizado <input type="checkbox"/> Ambulatorio Priorizado <input type="checkbox"/> Hospitalario Domiciliario <input type="checkbox"/> Hospitalario Internación <input checked="" type="checkbox"/> Urgencias <input type="checkbox"/>	
15) Paciente con enfermedad huérfana? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	16) Cual?
17) DIAGNÓSTICO QUE GENERA LA SOLICITUD	
Diagnóstico Principal: F192	18) Requiere soporte nutricional? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
Diagnóstico Relacionado 1:	
Diagnóstico Relacionado 2:	
V. MEDICAMENTOS	
19) Tipo de Medicamento: Medicamento <input checked="" type="checkbox"/> Vital no Disponible <input type="checkbox"/> Preparación Magistral <input type="checkbox"/>	
20) Al diligenciar este formulario certifico que: 1. EL MEDICAMENTO A PRESCRIBIR NO ESTÁ CUBIERTO POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC. 2. EL MEDICAMENTO A PRESCRIBIR NO SE ENCUENTRA EN FASE EXPERIMENTAL. 3. UTILICÉ LOS MEDICAMENTOS EXISTENTES EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC. Medicamento utilizado DCI: Haloperidol - Lo utilicé y no se obtuvieron resultados clínicos o paraclínicos satisfactorios en el término previsto de sus indicaciones <input checked="" type="checkbox"/> - Lo utilicé y se observaron reacciones adversas o intolerancia por el paciente <input type="checkbox"/> 4. O DESCARTÉ LOS MEDICAMENTOS EXISTENTES EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC. - Lo descarté porque no existe otra alternativa en el PBS <input type="checkbox"/> Medicamento descartado DCI: - Lo descarté porque se prevén reacciones adversas o intolerancia por el paciente <input type="checkbox"/> - Lo descarté porque existen indicaciones o contraindicaciones expresas <input type="checkbox"/> - Lo descarté porque tiene mejor evidencia científica disponible sobre seguridad, eficacia y efectividad clínica <input checked="" type="checkbox"/> 5. LA INDICACIÓN O USO PREVISTO DEL MEDICAMENTO ESTA AUTORIZADO POR LA AUTORIDAD COMPETENTE. <input type="checkbox"/> O EL MEDICAMENTO APARECE EN LA LISTA DE USO NO INDICADO EN EL REGISTRO SANITARIO - UNIRS. <input type="checkbox"/> 6. EXISTE EVIDENCIA CIENTÍFICA DISPONIBLE SOBRE SEGURIDAD, EFICACIA Y EFECTIVIDAD CLÍNICA. <input type="checkbox"/> Descripción de la evidencia: INJIMA DSM IV. CIE-10 En puntos menores, la indicación es Resp. <input type="checkbox"/> REQUIERE EVALUACION POR LA JUNTA DE PROFESIONALES DE LA SALUD	
VI. PRESCRIPCIÓN DEL MEDICAMENTO	
22) Principio Activo en Denominación Común Internacional - DCI: Risperidona	23) Principio Activo Concentración: Número 1 Unidad de medida MCNAMO
24) Forma Farmacéutica: TABLETA	25) Justificación No PBS: PACIENTE CON TRASTORNO COMPORTAMENTAL RIESGO DE HETEROAGRESIVIDAD Y SINT. PSICOTIC.
26) Vía de Administración: ORAL	
27) Dosis: Número 1 Unidad de Medida Miliigramo	28) Frecuencia de Administración: Cada 12 horas
29) Indicaciones Especiales:	30) Duración Tratamiento: Durante 1 Mes
31) Cantidad Total: Número 60 Unidad Farmacéutica SEJENTA	
32) Indicaciones o Recomendaciones para el paciente: TOIRAN 1 TABLETA EN LA MAÑANA Y 11 NOCHE	
33) Firma profesional de salud: [Firma]	
XV. Espacio a ser diligenciado por el Profesional de Salud con Rol Transcriptor de la EPS:	
77) Fecha Transcripción: Año: 2016 Mes: 01 Día: 26 Hora: 10:30	
78) Número de prescripción que genera MIPRES No PBS:	79) Firma profesional de salud Transcriptor: