

MIPRES NO PBS

Aplicativo Reporte de Prescripción de Servicios y Tecnologías en Salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC

- **Transcripción: Donante No Efectivo (numeral 11 de la Nota Externa del 23-03-2017).**
- **Módulo Tutelas.**
- **Impresión en Prescripción**

Mayo 08 de 2017

1. Transcripción: Donante No Efectivo (numeral 11 de la Nota Externa del 23-03-2017).

1) Ingresar al aplicativo MIPRES con el rol transcriptor.

Seleccione la entidad y el rol con el que accederá a la aplicación

Entidades habilitadas para el usuario
EPS010 EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A

Roles habilitados para la entidad
Seleccione...
Seleccione...
Rol_Transcriptor

2) Seleccionar la opción transcribir y diligenciar los datos iniciales de la prescripción a transcribir:

Campos sin modificación:

Código de habilitación o nombre IPS

Datos del Profesional de Salud

CAMPOS NUEVOS

1: Tipo de Transcripción:
Selecciona la opción Donante Vivo

2: Seleccionar el tipo de donante.

Prescripción NO PBS Actualizar Datos Cambiar Contraseña Salir

TRANSCRIBIR PRESCRIPCIÓN

DATOS INICIALES DE LA PRESCRIPCIÓN A TRANSCRIBIR

Institución Prestadora de Servicios de Salud

Datos del Profesional de Salud
Tipo de Documento Selección... Número de Documento

Tipo de transcripción:
Donante no efectivo 1

Tipo de donante:
 Vivo Cadavérico 2

CONTINUAR

1. Transcripción: Donante No Efectivo (numeral 11 de la Nota Externa del 23-03-2017).

3) Al seleccionar el tipo de donante, si corresponde a donante Vivo, se deben registrar tipo y número del documento de identificación del donante.

Prescripción NO PBS Actualizar Datos Cambiar Contraseña Salir

TRANSCRIBIR PRESCRIPCIÓN

DATOS INICIALES DE LA PRESCRIPCIÓN A TRANSCRIBIR

Institución Prestadora de Servicios de Salud:
CENTRO DE SALUD SAN RAFAEL - E.S. 912630001

Datos del Profesional de Salud

Tipo de Documento: Cédula de ciudadanía
Número de Documento: 39658062

Tipo de transcripción:
Donante no efectivo

Tipo de donante:
 Vivo Cadavérico

Datos del donante vivo:

Tipo de Documento de Identificación: Cédula de ciudadanía
Número de Documento Identificación: 12456
Primer Apellido: FAJARDO
Segundo Apellido: FAJARDO
Primer Nombre: LUIS
Segundo Nombre:

CONTINUAR

4) Realizar la transcripción:

Se activa la pantalla de Datos Iniciales, en la cual se registran los datos del receptor del trasplante.

Posterior, se activa la pantalla para registro de procedimientos, solo permite registrar procedimientos específicos (Anexo 3 Resolución 6408 de 2016).

1. Transcripción: Donante No Efectivo (numeral 11 de la Nota Externa del 23-03-2017).

REGISTRAR PRESCRIPCIÓN

DATOS INICIALES

Número de Solicitud: Fecha: Hora: 11:02:19
(El Número de Solicitud es automático y se genera cuando se registra la solicitud.)

DATOS DEL PACIENTE

Tipo de Documento de Identificación: Número de Documento Identificación: Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:
Cédula de ciudadanía 9 M f

AMBITO DE ATENCIÓN

Ambulatorio - no priorizado Ambulatorio - priorizado Hospitalario - domiciliario Hospitalario - internación Urgencias

¿Paciente con enfermedad huérfana? SI No

DIAGNÓSTICO QUE GENERA LA SOLICITUD (IMPRESIÓN O CONFIRMADO)

Diagnóstico Principal: Síndrome del miembro fantasma sin dolor I0547

Diagnóstico Relacionado 1:

Diagnóstico Relacionado 2:

¿Requiere soporte nutricional? SI No

Al ingresar a este aplicativo usted está aceptando todas las condiciones legales que lo rigen y la información contenida en él. [Condiciones de uso](#) v2017.05.08.03

Los datos Iniciales corresponden al Receptor del trasplante.

Se debe dar respuesta a las preguntas previas a la descripción del procedimiento a prescribir.

REGISTRAR PRESCRIPCIÓN

PROCEDIMIENTOS

1.1 ¿Tiene CUPS? Si No

Al ingresar a este aplicativo usted está aceptando todas las condiciones legales que lo rigen y la información contenida en él. [Condiciones de uso](#) v2017.05.08.03

2. Módulo Tutelas.

- 1) Permite registrar los medicamentos vitales no disponibles y los de preparación magistral en una tutela, el registro trabaja de la misma forma como en prescripción.

REGISTRAR TUTELA

FORMATO DE JUSTIFICACIÓN MÉDICA DE TECNOLOGÍAS EN SALUD
ORDENADAS POR FALLOS DE TUTELA QUE NO SEAN EXPRESOS O QUE ORDENEN TRATAMIENTO INTEGRAL CON O SIN COMPARADOR ADMINISTRATIVO

I — M₀ — P₀ — D₀ — N₀ — S₀ — R₀

MEDICAMENTOS

Medicamentos NO incluidos en el PBS

Tipo de medicamento: Seleccione...

- Seleccione...
- Medicamento
- Vital no disponible
- Preparación magistral

Limpiar Medicamento Guardar Medicamento

Atras Continuar


3. Impresión en Prescripción.

- 1) Se modificó el campo Usuario Régimen y se incluyeron los campos “Ámbito de atención” y “Tipo de prestación” en la Formula Médica y el Plan de Manejo.

MINSALUD		FÓRMULA MÉDICA				Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)		
				2017-05-04 09:54:53				
				Nro. Prescripción		20170504151000275555		
DATOS DEL PRESTADOR								
Departamento: AMAZONAS		Municipio: EL ENCANTO		Código Habilitación: 912630001911				
Documento de Identificación: 838000096			Nombre Prestador de Servicios de Salud: CENTRO DE SALUD SAN RAFAEL - E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE LETICIA					
Dirección: CORREGIMIENTO DEL ENCANTO			Teléfono: 3203016139					
DATOS DEL PACIENTE								
Documento de Identificación: CC		Primer Apellido: A	Segundo Apellido: ...	Primer Nombre: ...		Segundo Nombre: ...		
Número Historia Clínica: 20995339		Diagnóstico Principal: MZ55 DOLOR EN ARTICULACION		Usuario Régimen: CONTRIBUTIVO		Ambito atención: AMBULATORIO - PRIORIZADO		
MEDICAMENTOS								
Tipo prestación	Nombre Medicamento / Forma Farmacéutica	Dosis	Via Administración	Frecuencia Administración	Indicaciones Especiales	Duración Tratamiento	Recomendaciones	Cantidades Farmacéuticas Nro / Letras / Unidad Farmacéutica
ÚNICA	[POLIDOCANOL] 10MG/1ML / OTRAS SOLUCIONES	1 DOSIS	INTRAVENOSA	12 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	3 DÍA(S)	ESTO ES UNA PRUEBA	6 / SEIS / AMPOLLA
PROFESIONAL TRATANTE								
Documento de Identificación: CC:				Nombre: C...E...Z...A... TF ...O				
Registro Profesional: ...S.../...				Firma				
Especialidad:								
La vigencia de la prescripción es la establecida en la Resolución 3861 de 2016, Art. 13, Numeral 4.								

3. Impresión en Prescripción.

En plan de manejo se visualiza el CUPS y la descripción del mismo.

		PLAN DE MANEJO			Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD) 2017-05-04 09:54:53	
					Nro. Prescripción 20170504151000275555	
DATOS DEL PRESTADOR						
Departamento: AMAZONAS		Municipio: EL ENCANTO		Código Habilitación: 912530001911		
Documento de Identificación: 838000096			Nombre Prestador de Servicios de Salud: CENTRO DE SALUD SAN RAFAEL - E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE LETICIA			
Dirección: CORREGIMIENTO DEL ENCANTO			Teléfono: 3203016139			
DATOS DEL PACIENTE						
Documento de Identificación: CC. *****		Primer Apellido: F*****	Segundo Apellido: *****	Primer Nombre: *****	Segundo Nombre: *****	
Número Historia Clínica: 20995339		Diagnóstico Principal: M255 DOLOR EN ARTICULACION		Usuario Régimen: CONTRIBUTIVO	Ámbito atención: AMBULATORIO - PRIORIZADO	
PROCEDIMIENTOS						
Tipo prestación	Procedimiento	Indicaciones o Recomendaciones	Cantidad Formulada	Frecuencia Uso	Duración Tratamiento (Cantidad - Período)	
UNICA	387200 - LIGADURA DE VENA CAVA (INFERIOR) (SUPERIOR) SCO	SEGUIMOS EN PRUEBAS	1	UNICA		
PROFESIONAL TRATANTE						
Documento de Identificación: CC. *****			Nombre: *****			
Registro Profesional: *****			Firma			
Especialidad: *****						
La vigencia de la prescripción es la establecida en la Resolución 3951 de 2016, Art. 13, Numeral 4.						