

Salud							
MIPRES V2.4 - FORMULARIO PARA CONTINGENCIA REPORTES 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	<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:			Firma del profesional de salud				
II. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS							
2) Fecha: Año: Mes: Día: Hora: : :							
3) Razón Social: 4) NIT:							
5) Código Habilitación:							
III. IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD							
6) Tipo Documento Identificación: CC PE CE PT 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 PT AS MS 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? SI NO Sólo aplica para tecnologías de Medicamentos y Procedimientos NO UPC en ámbito Hospitalario Internación o Urgencias							
ENFERMEADES HUÉRFANAS							
16) ¿En esta atención el paciente es un caso sospechoso o confirmado de enfermedad huérfana? SI NO Cual? Estado: Confirmado Sospechoso							
17) ¿Requiere inicio de tratamiento farmacológico inmediato específico para el caso sospechoso de enfermedad huérfana?							
18) ¿El diagnóstico principal del paciente es la enfermedad huérfana antes relacionada? SI NO Si marcó "SI", NO diligencie el campo "Diagnóstico Principal"							
19) DIAGNÓSTICO QUE GENERA LA SOLICITUD							
Diagnóstico Principal: Diagnóstico Relacionado 1: Diagnóstico Relacionado 2:							
V. MEDICAMENTOS							
20) Tipo de medicamento: Medicamento Preparación Magistral UNIRS IMPORTANTE: Al seleccionar la opción Preparación Magistral, tener en cuenta: * Debe contener por lo menos un medicamento NO financiado con recursos de la UPC. * Recuerde que existen DCI que únicamente se comercializan en medicamentos en combinaciones a dosis fija. En estos casos se requiere la prescripción de cada uno de las DCI del medicamento. IMPORTANTE: Al seleccionar la opción UNIRS, el profesional de la salud prescriptor declara que: El consentimiento informado para el uso del medicamento UNIRS existe y reposa en la Historia Clínica del paciente.							
PRESCRIPCIÓN DEL MEDICAMENTO NO UPC							
21) Principio Activo en Denominación Común Internacional - DCI 22) Principio Activo-Concentración							
(Sólo para Preparación Magistral)							
DCI DCI DCI DCI							
Número Unidad de medida Cantidad P.A. Número Unidad de medida Cantidad contenida P.A. / Número Unidad de medida							
23) Forma Farmacéutica 25) Medicamento No UPC y UNIRS? SI NO Si en 25) marcó SI, Escriba aquí la(s) indicación(es) UNIRS relacionadas: El consentimiento informado para el uso del medicamento UNIRS existe y reposa en la Historia Clínica del paciente.							
24) Vía o Forma de Administración 27) Población objetivo del tratamiento con el medicamento Dolutegravir, Lamivudina, Tenofovir Disoproxil Fumarato - DLT: Población migrante venezolana Personas con falla virológica Personas que viven con VIH recién diagnosticadas Personas que requieren profilaxis pos exposición							
26) Justificación No UPC							
28) Dosis 29) Frecuencia de Administración 30) Indicaciones Especiales 31) Duración Tratamiento 32) Cantidad Total							
Número	Unidad de Medida	Cada	Unidad de Tiempo	Durante	Periodo	Número	Unidad Farmacéutica
33) Indicaciones/Recomendaciones para el paciente:				34) Firma profesional de salud:			
X. Espacio a ser diligenciado por el Profesional de Salud con Rol Transcriptor de la EPS:							
74) Fecha Transcripción: Año: Mes: Día: Hora: : S S							
75) Número de prescripción que genera MIPRES No UPC 76) Firma profesional de salud Transcriptor							

[illegible]

[illegible]

5