

I. Datos Generales

Acta No:	Caso N°:	Ciudad	Fecha de diligenciamiento				Tipo			
							Amb	Hosp	Urg	
Nombre del Afiliado		Edad	Tipo de Identificación				Otro			
			RC	TI	CC	CE	NUIP	No:		
I.P.S. Asignada			Oficina				Tipo de Afiliado			
							Cot	Ben	Otro	
Médico Tratante:		Sexo	Historia Clínica				Fecha de Diagnóstico			
		F M	No:				Día	Mes	Año	
Especialidad	IPS que presta el servicio									

II. Caso Clínico.

Diagnóstico:	
Código CIE	
Descripción del caso clínico (Breve resumen de la historia clínica del paciente) :	
Tratamientos realizados (resumen de las prescripciones previas relacionadas con el caso clínico):	

III. Medicamento No Pos solicitado

No	Principio(s) Activo(s)	Grupo terapeutico según ATC	Concentracion	Forma Farmaceutica:	Numero de dias tratamiento:	Numero de dosis día	d Solicitada	Posologia
1								
2								
3								

IV. Medicamentos POS del mismo grupo terapeutico que se reemplaza o sustituye

No	Principio(s) Activo(s)	Concentracion	Forma Farmaceutica:	Numero de dias tratamiento	Numero de dosis día	Cantidad equivalente
1						
2						
3						

V. Justificacion medicamento 1

Justificacion General _____

Señale la evidencia cientifica en casos similares con Grado de recomendacion y Relacione soporte cientifico bibliografico _____

Casuistica del ordenador sobre el medicamento solicitado _____

Justificacion medicamento 2

Justificacion General _____

Señale la evidencia cientifica en casos similares con Grado de recomendacion y Relacione soporte cientifico bibliografico _____

Casuistica del ordenador sobre el medicamento solicitado _____

Justificacion medicamento 3

Justificacion General _____

Señale la evidencia cientifica en casos similares con Grado de recomendacion y Relacione soporte cientifico bibliografico _____

Casuistica del ordenador sobre el medicamento solicitado _____

VI. Aspectos Relacionados con Farmaco y tecnovigilancia.

Señale las precauciones, contraindicaciones, efectos secundarios y toxicidad asociada con el empleo y abuso, del medicamento NO POS solicitado.

Medicamento 1

Medicamento 2

Medicamento 3

Consentimiento Informado.

Se ha obtenido cosentimiento Informado: Si ____ No ____

Nombre del médico tratante

Firma

Registro médico

A LA SOLICITUD FAVOR ANEXAR:

☐ COPIA DE DOCUMENTO IDENTIDAD

☐ COPIA FORMULA MEDICA

☐ COPIA HISTORIA CLINICA ACTUALIZADA

