

		<b>EPS-SAMBUQ ESS</b>							
		<b>JUSTIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS NO POS-S</b>					Versión 04		
		<b>DIVISIÓN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</b>					Vigente a partir de noviembre de 2010		
Ciudad - Departamento			Fecha (D/M/A)		Oficina AMBUQ			Tipo	
								Domiciliario <input type="radio"/>	
								Ambulatorio <input type="radio"/>	
Nombres y Apellidos del Afiliado					Edad		Sexo M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>		Hospitalario <input type="radio"/>
									Urgencias <input type="radio"/>
Tipo de Identificación RCO CCO TIO CEO No.		Razón social IPS			Contrato No.				
Codigo CIE_10		Diagnóstico			Especialidad		Fecha diagnóstico (D/M/A)		
							____/____/____		
							Historia clínica No.		
Nombre Médico Tratante:			Tipo de Identificación CCO CEO No.		Tipo de médico tratante General <input type="radio"/> Especialista <input type="radio"/>		Médico adscrito a red de IPS de AMBUQ SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		Enfermedad de Alto Costo SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
<b>Datos específicos</b>									
I. Descripción del caso clínico									
II. Tratamiento con medicamentos POS									
	Medicamento POS-S utilizado	Dosis / Días	Días t/to	Cantidad por mes	Forma farmacéutica				
1	_____	_____	_____	_____	_____				
2	_____	_____	_____	_____	_____				
3	_____	_____	_____	_____	_____				
III. Respuesta clínica y paraclínica alcanzada con medicamentos POS-S									
IV. Tratamiento (medicamento) NO POS-S solicitado:									
Nombre del medicamento NO POS-S solicitado en su denominación común internacional:									
Código INVIMA del Medicamento NO POS:									
Código CUM (de conformidad con la Resolución 255 de 2007):									
Grupo terapéutico	Principio Activo (individuales o combinados)	# Dosis/día	# Días/ Tratamiento	Forma farmacéutica/ Concentración	Cantidad solicitada	Cantidad por mes	Tiempo/ meses		
V. Justificación del medicamento NO -POS solicitado									



# EPS-SAMBUQ ESS

JUSTIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS NO POS-S

Versión 04

DIVISIÓN PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Vigente a partir de  
noviembre de 2010

VI. Señale las precauciones, contraindicaciones, efectos secundarios y toxicidad asociada con el empleo o abuso del medicamento o tratamiento NO POS-S

VII. Existe inminente peligro para la vida del paciente? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ . Por qué?

VIII. Existe alguna posibilidad terapéutica en el POS-S? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Existen reacciones secundarias adversas en el paciente respecto al medicamento POS-S? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ . Cuáles?

IX. Existen expresas contraindicaciones con respecto al medicamento POS-S? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ . Cuáles?

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico tratante

CC No.

Registro Médico No.

A LA SOLICITUD FAVOR ANEXAR:

Copia formula médica

Copia historia clínica actualizada