



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN DE SALUD-GRUPO GESTIÓN EN SALUD



TODOS POR UN
NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

CIRCULAR PERMANENTE No 001

380795

/MDN-CGFM-DGSM-SS-GGESA-86.13

Bogotá D.C., 27 ENE 2015

PARA: DIRECTORES DE SANIDAD MILITAR EJC – ARC – FAC

ASUNTO: Formatos únicos y lineamientos para la formulación de medicamentos SSFM

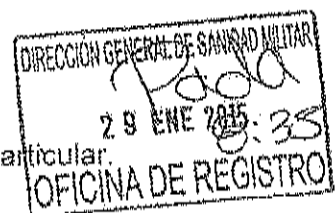
Con toda atención me permito enviar a los Señores Directores de Sanidad Militar, los formatos únicos de formulación que deben ser implementados a partir de Julio de 2015 o hasta agotar papelería existente. Según lo establecido en el acuerdo 052 del 01 de Abril de 2013 del Consejo Superior de Salud, "por el cual se establece el manual de medicamentos y terapéutica para el SSMP y se dictan otras disposiciones". Estos formatos deben ser impresos en tamaño media carta y llevar el escudo de cada Fuerza.

Se toma como marco de referencia los lineamientos generales relacionados con la prescripción de medicamentos contenidos en el capítulo IV, artículo 17 para la prescripción de medicamentos.

Según lo consignado en artículo 16 del mismo capítulo, "CONTENIDO DE LA FÓRMULA MÉDICA", El profesional de la salud tratante hará la prescripción del medicamento por escrito, previa evaluación del paciente y registro de sus condiciones y diagnóstico en la historia clínica, utilizando para ello la denominación común internacional (nombre genérico) y cumpliendo los siguientes requisitos:

- Nombre de la fuerza y establecimiento de sanidad que emite la fórmula.
- Serial o número de consecutivo (*)
- Ámbito de atención: ambulatorio, hospitalario o urgencias.
- Tipificación del origen del evento ATEP, MAT, SOAT, EG, ECAT, PYP.
- Lugar y fecha de la prescripción
- Código CIE 10
- Nombre del paciente y documento de identificación
- Grado
- Tipo de usuario: activo, pensionado, retirado, beneficiario, particular.

"Estamos en el corazón de los Colombianos y ahí nos vamos a quedar"
Residencias Tequendama Carrera 10 No. 27-61 Of. 214 PBX. 3238655
www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co



- j) Entidad o fuerza a la que pertenece el usuario
- k) Nombre del medicamento en la denominación común internacional (nombre genérico)
- l) Concentración y forma farmacéutica
- m) Vía de administración
- n) Dosis y frecuencia de administración
- o) Periodo de duración del tratamiento
- p) Cantidad total de unidades farmacéuticas requeridas para el tratamiento, en números y letras, no por frascos o cajas
- q) Nombre, firma del prescriptor con su respectivo número de registro profesional y número de documento de identidad
- r) Vigencia de la prescripción

(*) se define que el serial o consecutivo estará conformado así:

Cada fuerza inicia con su letra: E (EJC), A (ARC), F (FAC), el consecutivo inicia con el año en que se imprime la formula y 0000001 (siete dígitos). Ej.: E20150000001

El formato de formula corresponde al publicado en el anexo 7 "FORMATO DE FÓRMULA MÉDICA" (FORMATO 1.)

En lo pertinente a los medicamentos de control especial, se adopta la normatividad vigente Resolución 1478 de 2006 del Ministerio de la Protección Social " Por la cual se expiden normas para el control, seguimiento y vigilancia de la importación, exportación, procesamiento, síntesis, fabricación, distribución, dispensación, compra, venta, destrucción y uso de sustancias sometidas a fiscalización, medicamentos o cualquier otro producto que las contengan y sobre aquellas que son Monopolio del Estado.) que en su capítulo 18 artículo 86 parágrafo indica:

Artículo 86. Los recetarios oficiales para la formulación de medicamentos de control especial tendrán un original, que quedará en el establecimiento o entidad que dispense y dos copias, en las cuales se anotará que fue dispensado: una para el paciente y otra para el trámite administrativo pertinente.

Ojo * Parágrafo. Ninguna entidad podrá exigir la presentación de una fórmula médica en dos (2) originales para soportar trámites internos administrativos.

Artículo 89. El recetario oficial debe contener como mínimo los siguientes datos:

1. Codificación
2. Nombre del prescriptor, dirección y teléfono
3. Fecha de expedición de la prescripción
4. Nombre del paciente, dirección y número del documento de identidad si es el caso
5. Denominación común internacional del medicamento, concentración y forma farmacéutica, cantidad total en números y letras y dosis diaria (frecuencia de administración), vía de administración y tiempo de tratamiento.
6. Firma del prescriptor con su respectivo registro profesional.

Artículo 90. La fórmula medica debe ser única para los medicamentos de control especial. En ella no deben prescribirse otros medicamentos diferentes a los sometidos a control especial. Una vez dispensado el medicamento se deberá colocar sello de dispensado en la prescripción correspondiente.

Para esto se anexa el formato 2. FORMULA MEDICAMENTOS CONTROLADOS

Cordialmente,



Mayor General del Aire **JULIO ROBERTO RIVERA JIMENEZ**
Director General de Sanidad Militar

Elaboró : SMSM ROSMERY CASTAÑEDA ALFONSO

Revisó : SMSM LINDA VICTORIA ARIZA ROMERO

CE. GINA CRISTINA QUAYACAN MORA

CR. CARLOS ALFREDO GARCIA NEIRA

ANEXO 1. FORMATO 1. FORMULA MÉDICA

(ESCUDO DE LA FUERZA)	DIRECCION DE SANIDAD (FUERZA)	
	CONSULTA	
	FORMULA MEDICA	
	Versión: 4.0	Fecha:

FORMULA Nº (E20150000001) (*)

ATEP
SOAT
EG
ECAT
P Y P

FECHA	DIA	MES	AÑO	CIE 10
-------	-----	-----	-----	--------

GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE				EDAD	Nº HISTORIA CLINICA		
AFILIADO	BENEFICIARIO	UNIDAD	CENTRO COSTO	URG.	C.E.	HOSP.	CX.	P Y P

1	MEDICAMENTO EN NOMBRE GENERICO				PRESENTACION	CANTIDAD
	DOSIS	VIA	FREC	TIEMPO TTO	CANTIDAD EN LETRAS	

2	MEDICAMENTO EN NOMBRE GENERICO				PRESENTACION	CANTIDAD
	DOSIS	VIA	FREC	TIEMPO TTO	CANTIDAD EN LETRAS	

3	MEDICAMENTO EN NOMBRE GENERICO				PRESENTACION	CANTIDAD
	DOSIS	VIA	FREC	TIEMPO TTO	CANTIDAD EN LETRAS	

NOMBRE/FIRMA/Nº REGISTRO DATOS DEL MEDICO
--

FIRMA DEL PACIENTE
C.C:
TEL:

NOMBRE/ FIRMA ENTREGADO POR:

FORMULA VALIDA POR 3 DIAS (72 HORAS)
ORIGINAL (SERVICIO FARMACEUTICO) COPIA (PACIENTE)
PRESENTAR CARNÉ DE SERVICIOS DE SALUD EN FARMACIA, VERIFICAR MEDICAMENTOS DESPACHADOS ANTES DE RETIRARSE.

[Handwritten signature]

ANEXO 2. FORMATO 2. FORMULA MEDICAMENTOS CONTROLADOS

(ESCUDO DE LA FUERZA)	DIRECCION DE SANIDAD ...									
	CONSULTA									
	FORMULA MEDICA									
	Versión: 1.0					Fecha:				

FORMULA Nº (E20150000001) (*)

FECHA	DIA	MES	AÑO	CIE 10	

ATEP

SOAT

EG

ECAT

P Y P

GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE				EDAD	Nº HISTORIA CLINICA			

AFILIADO	BENEFICIARIO	UNIDAD	CENTRO	URG.	C.E.	HOSP.	CX.	P Y P

1	MEDICAMENTO EN NOMBRE GENERICO				PRESENTACION		CANTIDAD	
	DOSIS	VIA	FREC	TIEMPO TTO	CANTIDAD EN LETRAS			

2	MEDICAMENTO EN NOMBRE GENERICO				PRESENTACION		CANTIDAD	
	DOSIS	VIA	FREC	TIEMPO TTO	CANTIDAD EN LETRAS			

3	MEDICAMENTO EN NOMBRE GENERICO				PRESENTACION		CANTIDAD	
	DOSIS	VIA	FREC	TIEMPO TTO	CANTIDAD EN LETRAS			

NOMBRE :		
DIRECCION:		
TELEFONO:		
DATOS DEL MEDICO PRESCRIPTOR		

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE		
C.C:		
TELEFONO:	DIRECCION:	
FIRMA PRESCRIPTOR:		

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE		
C.C:		
TELEFONO:	DIRECCION:	
NOMBRE/ FIRMA ENTREGADO POR:		

FORMULA VALIDA POR 3 DIAS (72 HORAS)
 ORIGINAL (SERVICIO FARMACEUTICO) COPIA 1 (PACIENTE) COPIA 2 (CONTROL)
 PRESENTAR CARNE DE SERVICIOS DE SALUD EN FARMACIA, VERIFICAR MEDICAMENTOS DESPACHADOS
 ANTES DE RETIRARSE.

17

