

CIRCULAR No. 075 DE 2017

DE: SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA – DIRECTORA DE INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL

PARA: **ESTABLECIMIENTOS FARMACÉUTICOS MINORISTAS - DROGUERIAS**

ASUNTO: FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO - PROCEDIMIENTO DE INYECTOLOGÍA EN DROGUERIA

FECHA: MAYO 31 DE 2017

En desarrollo del modelo de gestión y prestación de servicios del departamento de Cundinamarca y con el fin de fortalecer la seguridad en la oferta de los servicios de salud, se hace necesario dar cumplimiento, entre otros, al marco legal vigente para la realización del procedimiento de inyectología en los establecimientos farmacéuticos minoristas - droguerías de nuestro Departamento.

por lo anterior la Dirección de Inspección, Vigilancia y Control a través de la presente circular establece los lineamientos para la completa captura de información y adecuado diligenciamiento del consentimiento informado para la administración de medicamentos vía intramuscular:

A. MARCO LEGAL VIGENTE

- Artículo 11 de la Resolución 1995 del 8 de Julio 1999.

B. INFORMACIÓN QUE DEBE CONTENER EL FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se hace necesario que el formato de registro empleado para el registro de la administración de medicamentos vía intramuscular en el procedimiento de inyectología en los **establecimientos farmacéuticos minoristas - droguerías** contenga:

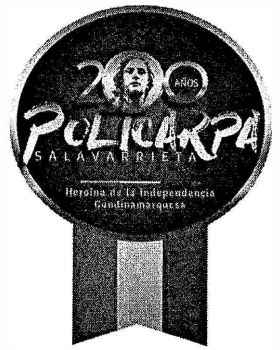
- Fecha
- Nombre del paciente
- Cédula del paciente
- Edad
- Nombre del medicamento
- Registro sanitario del medicamento
- Número de lote del medicamento
- Fecha de vencimiento del medicamento
- Glúteo (lugar de administración): Derecho o izquierdo
- Trae fórmula médica "SI" o "NO"
- Nombre del médico
- Nombre de quién administra el medicamento
- Firma del paciente



SECSALUD
GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA



CUNDINAMARCA
unidos podemos más



C. DILIGENCIAMIENTO

Para cada uno de los ítems que se hacen necesarios en el formato de consentimiento informado se recomienda:

- Fecha: Usar día, mes y año (DD/MM/AAAA).
- Nombre del paciente: Nombres y apellidos completos.
- Cédula del paciente: Número de documento del paciente.
- Edad: En números edad del paciente.
- Nombre del medicamento: Registrar el nombre del medicamento que aparece en la caja o ampolla, ya sea genérico o comercial, sin emplear abreviaturas.
- Registro sanitario del medicamento: Impreso en la caja plegadiza, etiqueta y ampolla "XXXXM-XXXXXXX"
- Número de lote del medicamento: Impreso en la caja plegadiza, etiqueta y ampolla
- Fecha de vencimiento del medicamento: Usar mes y año (MM/AAAA).
- Glúteo (lugar de administración): Derecho o izquierdo
- Trae fórmula médica: "SI" o "NO"
- Nombre del médico: Nombres y apellidos completos.
- Nombre de quién administra el medicamento: Nombres y apellidos completos.
- Firma del paciente

D. EVIDENCIAS Y ARCHIVO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

El establecimiento farmacéutico minorista - droguería donde se realice el Procedimiento de inyectología, debe contar con las evidencias de registro del formato de consentimiento informado debidamente archivadas con el fin de generar trazabilidad al momento de que se presenten reacciones adversas a complicaciones con la administración de los medicamentos y también será objeto de verificación por parte del ente territorial en este caso la Secretaría de Salud de Cundinamarca.

Se adjunta documento en PDF con formato sugerido como consentimiento informado para el registro de la administración de medicamentos vía intramuscular.


ANA LUCIA RESTREPO ESCOBAR
Secretaría de Salud


DIANA YAMILE RAMOS CASTRO
Directora Inspección Vigilancia y Control

Proyectó: Luisa Fernanda Ríos Salas. – Química Farmacéutica
Revisó: Edith Segura Rubio Profesional Especializado Q.F. *ESB*

Anexo: Archivo Consentimiento Informado.pdf



SECSALUD
GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA



CUNDINAMARCA
unidos podemos más

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:
MUNICIPIO:

DIRECCIÓN

Yo de forma voluntaria consiento la administración de este medicamento por vía intramuscular, entiendo que a pesar de los beneficios que pueda traer para mí (o para mi representado) este medicamento, pudiera generar mayores riesgos para mis (sus) condiciones de salud, por las reacciones que el cuerpo humano puede tener en relación al uso referido. He recibido adecuada explicación sobre la administración del medicamento en cuestión, aclarando todas las dudas al respecto. De manera anticipada a mi decisión voluntaria de aceptación y suministro del medicamento referido, se me han informado de manera clara y completa las reacciones adversas, complicaciones y efectos colaterales que pueden presentarse como riesgo previsto derivado del consumo del medicamento, relacionados con las dosis, vía de absorción, presentación, tiempo del tratamiento, recomendaciones generales y específicas sobre el uso del medicamento (almacenamiento, relación con alimentos o condiciones laborales, etc.).

| FECHA | NOMBRE DEL PACIENTE | CÉDULA DEL PACIENTE | EDAD | NOMBRE DEL MEDICAMENTO | REGISTRO INVIMA | LOTE | FECHA DE VENCIMIENTO | GLUTEO | | TRAJE FORMULA | | NOMBRE DEL MÉDICO | NOMBRE DE QUIÉN ADMINISTRA | FIRMA DEL PACIENTE |
|-------|---------------------|---------------------|------|------------------------|-----------------|------|----------------------|--------|-----|---------------|----|-------------------|----------------------------|--------------------|
| | | | | | | | | DER | IZQ | SI | NO | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |