

## 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 establecimiento 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:

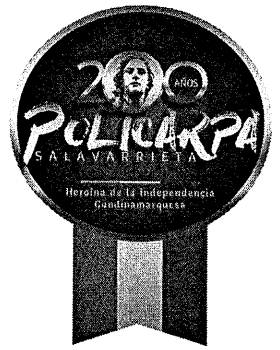
- Fecha
- Nombre del paciente
- Cédula del paciente
- Edad
- Nombre del medicamento
- Registro sanitario del medicamento
- Número de lote del medicamento
- Fecha de vencimiento del medicamento
- Glúteo (lugar de administración): Derecho o izquierdo
- Trae formula médica "SI" o "NO"
- Nombre del médico
- 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 o 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. *ESR*

Anexo: Archivo Consentimiento Informado.pdf



**SECSALUD**  
GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA



**CUNDINAMARCA**  
unidos podemos más

