

Prescripción adecuada de medicamentos de control especial

ENCUENTRO REGIONAL DE SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS
FARMACÉUTICOS - OCCIDENTE ANTIOQUEÑO

Proyecto de Medicamentos

Dirección de Salud Ambiental y Factores de Riesgo

Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

2024



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia



LISTADO DE ASISTENCIA



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

ACTIVIDAD

<https://quizizz.com/admin/quiz/6621307-a20a38e0bb452b155/untitled-quiz?at=66216e41fcb6590a8efc9888>



MARCO NORMATIVO

- RESOLUCIÓN 1478 DE 2006
- RESOLUCIÓN 1403 DE 2007
- RESOLUCIÓN DEPARTAMENTAL 201500280991 de 2015
- DECRETO 780 DE 2016
- RESOLUCIÓN 315 DE 2020
- DECRETO 811 DE 2021
- RESOLUCIÓN 740 DE 2024



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia



Características de la prescripción



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

- Hacerse por escrito (copia mecanográfica, medio electromagnético y/o computarizado) y en español.
- Previa evaluación del paciente y registro de sus condiciones.
- Denominación Común Internacional (nombre genérico).
- Solo podrá hacerse por personal de salud debidamente autorizado de acuerdo con su competencia.
- Letra clara y legible, con indicaciones necesarias para su administración.
- Permitir la confrontación entre el medicamento prescrito y el medicamento dispensado y/o administrado por parte del profesional a cargo.
- Debe permitir la correlación de los medicamentos prescritos con el diagnóstico.
- Dosis expresada en el sistema métrico decimal o en unidades internacionales cuando se requiera.



Características de la prescripción



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

No podrá contener enmendaduras o tachaduras, siglas, claves, signos secretos, abreviaturas o símbolos químicos, con la excepción de las abreviaturas aprobadas por el Comité de Farmacia y Terapéutica de la Institución.



Características de la prescripción



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Cuando se trate de preparaciones magistrales, además de los requisitos de prescripción, se debe especificar claramente cada uno de los componentes con su respectiva cantidad.



Contenido de la prescripción



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

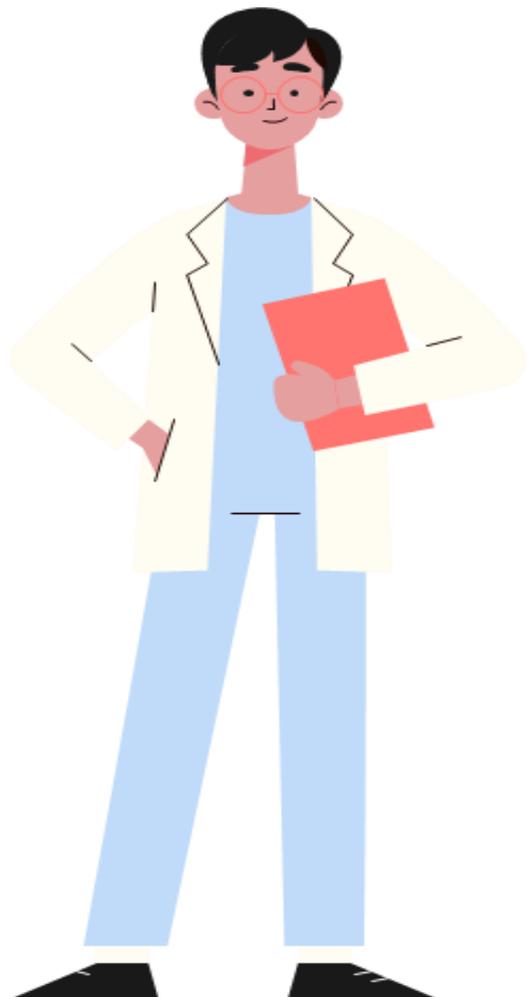
- Lugar y fecha de la prescripción.
- Nombre del paciente y documento de identificación, dirección, tipo de usuario (contributivo, subsidiado, particular, otro).
- Nombre del medicamento expresado nombre genérico, concentración y forma farmacéutica, vía de administración, Dosis y frecuencia de administración, Período de duración del tratamiento, Cantidad total de unidades farmacéuticas requeridas para el tratamiento, en números y letras.
- Indicaciones que a su juicio considere el prescriptor.
- Vigencia de la prescripción.
- Nombre del profesional de la salud que prescribe, dirección y número telefónico o dirección electrónica, firma del prescriptor con su respectivo número de registro profesional.



Obligaciones del dispensador



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia



- Verificar que la prescripción esté elaborada por el personal de salud competente y autorizado y que cumpla con las características y contenido de la prescripción.
- No dispensar y consultar al prescriptor cuando identifique en una prescripción posibles errores, con el fin de no incurrir en falta contra la ética profesional.

MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia



Recetario oficial



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Documento oficial autorizado por la entidad competente, de carácter personal e intransferible que utilizan los prescriptores de salud para la formulación de los medicamentos de control especial y de monopolio del Estado.



Recetario oficial



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Las instituciones que compren Recetarios Oficiales para su distribución a los médicos de su institución serán solidariamente responsables del manejo y buen uso que se les dé a los mismos.



Recetario oficial



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia



- Se pueden prescribir varios medicamentos de control especial.
- Se pueden hacer entregar parciales (siempre dentro de la vigencia del recetario).
- Vigencia 15 días hábiles.



- Tiempos de entrega a los diferentes servicios de la institución (Clases de distribución intrahospitalaria).



- Prescripción para tratamientos superiores a 30 días (por especialista)??
- Tiempo de prescripción: Fenobarbital 90 días calendario, los demás medicamentos 30 días calendario, incluyendo los preparados magistrales de Cannabis clasificado como de control especial.

Recetario oficial



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

República de Colombia
Fondo Nacional de Estupefacientes
Ministerio de Salud y Protección Social

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
FONDO ROTATORIO DE ESTUPEFACIENTES
RECETARIO OFICIAL MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

FORMA PARA VERIFICAR SU AUTENTICIDAD
CÓDIGO OFICIAL MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL
No. 0969751

1. PACIENTE

Primer apellido: _____ Fecha: _____ Día: _____ Mes: _____ Año: _____
Segundo apellido: _____ Nombres: _____

Documento de identificación: _____ Número: _____ Edad: _____ Género: _____
 R.C. T.I. C.C. Otro ¿Cuál? _____ F. _____ M. _____

Dirección residencia: _____ Teléfono(s): _____ Municipio: _____ Departamento: _____

Afiliación al S.G.S.S.S. Subsidiado Contributivo Otro ¿Cuál? _____ Nombre de la entidad aseguradora: _____

2. MEDICAMENTOS

Nombre genérico	Concentración	Forma farmacéutica	Dosis / Via de administración / Frecuencia de administración	Cantidad prescrita
				En números En letras

Tiempo del tratamiento: _____ Diagnóstico: _____ Código CIE10: _____

3. PROFESIONAL Médico Odontólogo Especialidad ¿Cuál? _____

Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____ Nombres: _____

Documento de identificación: _____ Número: _____ Resolución por la que se autoriza el ejercicio de la profesión (No. y fecha): _____ Firma: _____
 T.I. C.C. Otro _____

Institución donde labora: _____ Dirección: _____ Teléfono(s): _____ Ciudad: _____

4. ENTREGA DEL MEDICAMENTO (Para diligenciar por el establecimiento farmacéutico minorista o servicio farmacéutico)

Apellidos y nombres de quien recibe el medicamento: _____ Documento de identificación: _____ Firma: _____

Apellidos y nombres del dispensador: _____ Documento de identificación: _____ Firma: _____

Medicamentos dispensados	Cant. Entregada en Números	Cant. Entregada en Letras	Fecha (dd/mm/aa)

Establecimiento farmacéutico minorista o servicio farmacéutico: _____ Dirección: _____ Fecha de dispensación: _____
Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Señor usuario: Esta fórmula médica con medicamentos de control especial solo tiene una vigencia de quince (15) días a partir de la fecha de prescripción.

ORIGINAL - ESTABLECIMIENTO O SERVICIO FARMACÉUTICO QUE DISPENSA

República de Colombia
Fondo Nacional de Estupefacientes
Ministerio de Salud y Protección Social

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
FONDO ROTATORIO DE ESTUPEFACIENTES
RECETARIO OFICIAL MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

FORMA PARA VERIFICAR SU AUTENTICIDAD
CÓDIGO OFICIAL MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL
No. 0507601

1. PACIENTE

Primer apellido: _____ Fecha: _____ Día: _____ Mes: _____ Año: _____
Segundo apellido: _____ Nombres: _____

Documento de identificación: _____ Número: _____ Edad: _____ Género: _____
 R.C. T.I. C.C. Otro ¿Cuál? _____ F. _____ M. _____

Dirección residencia: _____ Teléfono(s): _____ Municipio: _____ Departamento: _____

Afiliación al S.G.S.S.S. Subsidiado Contributivo Otro ¿Cuál? _____ Nombre de la entidad aseguradora: _____

2. MEDICAMENTOS

Nombre genérico	Concentración	Forma farmacéutica	Dosis / Via de administración / Frecuencia de administración	Cantidad prescrita
				En números En letras

Tiempo del tratamiento: _____ Diagnóstico: _____ Código CIE10: _____

3. PROFESIONAL Médico Odontólogo Especialidad ¿Cuál? _____

Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____ Nombres: _____

Documento de identificación: _____ Número: _____ Resolución por la que se autoriza el ejercicio de la profesión (No. y fecha): _____ Firma: _____
 T.I. C.C. Otro _____

Institución donde labora: _____ Dirección: _____ Teléfono(s): _____ Ciudad: _____

4. ENTREGA DEL MEDICAMENTO (Para diligenciar por el establecimiento farmacéutico minorista o servicio farmacéutico)

Apellidos y nombres de quien recibe el medicamento: _____ No. de identidad: _____ Firma: _____

Apellidos y nombres del dispensador: _____ No. de identidad: _____ Firma: _____

Medicamentos dispensados: _____ Cantidad en números: _____

Establecimiento farmacéutico minorista o servicio farmacéutico: _____ Dirección: _____ Fecha de dispensación: _____
Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Señor usuario: Esta fórmula médica con medicamentos de control especial solo tiene una vigencia de quince (15) días a partir de la fecha de prescripción.

ORIGINAL - ESTABLECIMIENTO O SERVICIO FARMACÉUTICO QUE DISPENSA

República de Colombia
Fondo Nacional de Estupefacientes
Ministerio de Salud y Protección Social

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
FONDO ROTATORIO DE ESTUPEFACIENTES
RECETARIO OFICIAL MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

FORMA PARA VERIFICAR SU AUTENTICIDAD
CÓDIGO OFICIAL MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL
No. 300006

1. PACIENTE

Primer apellido: _____ Fecha: _____ Día: _____ Mes: _____ Año: _____
Segundo apellido: _____ Nombres: _____

Documento de identificación: _____ Número: _____ Edad: _____ Género: _____
 R.C. T.I. C.C. Otro ¿Cuál? _____ F. _____ M. _____

Dirección residencia: _____ Teléfono(s): _____ Municipio: _____ Departamento: _____

Afiliación al S.G.S.S.S. Subsidiado Contributivo Otro ¿Cuál? _____ Nombre de la entidad aseguradora: _____

2. MEDICAMENTOS

Nombre genérico	Concentración	Forma farmacéutica	Dosis / Via de administración / Frecuencia de administración	Cantidad prescrita
				En números En letras

Tiempo del tratamiento: _____ Diagnóstico: _____ Código CIE 10: _____

3. PROFESIONAL Médico Odontólogo Especialidad, cuál? _____

Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____ Nombres: _____

Documento de identificación: _____ Número: _____ Resolución por la que se autoriza el ejercicio de la profesión (N° y Fecha): _____ FIRMA: _____
 C.C. Otro ¿Cuál? _____

Institución donde labora: _____ Dirección: _____ Teléfono(s): _____ Ciudad: _____

4. ENTREGA DEL MEDICAMENTO (Para diligenciar por el establecimiento farmacéutico minorista o servicio farmacéutico)

Apellidos y nombres de quien recibe el medicamento: _____ N° de identidad: _____ FIRMA: _____

Apellidos y nombres del dispensador: _____ N° de identidad: _____ FIRMA: _____

Medicamentos dispensados: _____ Cantidad en números: _____

Establecimiento farmacéutico minorista o servicio farmacéutico: _____ Dirección: _____ Fecha de dispensación: _____
Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Señor Usuario: Esta fórmula médica con medicamentos de control especial solo tiene una vigencia de quince (15) días a partir de la fecha de prescripción.

ORIGINAL - ESTABLECIMIENTO O SERVICIO FARMACÉUTICO QUE DISPENSA

Recetario oficial



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

65885

No. 152521

República de Colombia
Fondo Nacional de Estupefacientes
Ministerio de Salud y Protección Social

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
FONDO ROTATORIO DE ESTUPEFACIENTES

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
FONDO ROTATORIO DE ESTUPEFACIENTES

RECETARIO OFICIAL PARA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL

1. PACIENTE

Primer apellido: _____ Fecha: Día: _____ Mes: _____ Año: _____
Segundo apellido: _____ Nombres: _____

Documento de identificación: _____ Número: _____ Edad: _____ Género: _____
 T.I. C.C. Otro ¿Cuál? _____ Dirección residencia: _____ Teléfono(s): _____ Municipio: _____ Departamento: _____

Afiliación al S.G.S.S.S. Subsidado Contributivo Otro ¿Cuál? _____ Nombre de la entidad aseguradora: _____

2. MEDICAMENTOS

Nombre genérico	Concentración	Forma farmacéutica	Dosis / vía de administración / frecuencia de administración	Cantidad prescrita En números	Cantidad prescrita En letras

TIEMPO DEL TRATAMIENTO
DIAGNÓSTICO: _____

3. PROFESIONAL

Médico Odontólogo Especialista ¿Cuál? _____

Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____ Nombres: _____

Documento de identificación: _____ Número: _____ Resolución por la que se autoriza el ejercicio de la profesión (N° y fecha): _____ FIRMA: _____
 T.I. C.C. Otro ¿Cuál? _____ Institución donde labora: _____ Dirección: _____ Teléfono(s): _____ Ciudad: _____

4. ENTREGA DEL MEDICAMENTO (Para diligenciar por el establecimiento farmacéutico minorista o servicio farmacéutico)

Apellidos y nombres de quien recibe el medicamento: _____ N° de Identidad: _____ FIRMA: _____

Apellidos y nombres del dispensador: _____ N° de Identidad: _____ FIRMA: _____

Medicamentos dispensados: _____ Cantidad en números: _____

Establecimiento farmacéutico minorista o servicio farmacéutico: _____ Dirección: _____ Fecha de dispensación: _____
Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Señor Usuario: Esta fórmula médica con medicamentos de control especial sólo tiene una vigencia de quince (15) días a partir de la fecha de prescripción.

222251

República de Colombia
Fondo Nacional de Estupefacientes
Ministerio de Salud y Protección Social

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
FONDO ROTATORIO DE ESTUPEFACIENTES

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
FONDO ROTATORIO DE ESTUPEFACIENTES

RECETARIO OFICIAL PARA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL

1. PACIENTE

Primer apellido: _____ Fecha: Día: _____ Mes: _____ Año: _____
Segundo apellido: _____ Nombres: _____

Documento de identificación: _____ Número: _____ Edad: _____ Género: _____
 T.I. C.C. Otro ¿Cuál? _____ Dirección de residencia: _____ Teléfono(s): _____ Municipio: _____ Departamento: _____

Afiliación al S.G.S.S.S. Subsidado Contributivo Otro ¿Cuál? _____ Nombre de la entidad aseguradora: _____

2. MEDICAMENTOS

Nombre Genérico	Concentración	Forma farmacéutica	Dosis diaria / Vía de administración / frecuencia de administración	Cantidad prescrita En números	Cantidad prescrita En letras

TIEMPO DEL TRATAMIENTO
DIAGNÓSTICO: _____

3. PROFESIONAL

Médico Odontólogo Especialista ¿Cuál? _____

Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____ Nombres: _____

Documento de identificación: _____ Número: _____ Resolución por la que se autoriza el ejercicio de la profesión (N° y fecha): _____ FIRMA: _____
 T.I. C.C. Otro ¿Cuál? _____ Institución donde labora: _____ Dirección: _____ Teléfono(s): _____ Ciudad: _____

4. ENTREGA DEL MEDICAMENTO (Para diligenciar por el establecimiento farmacéutico minorista o servicio farmacéutico)

Apellidos y nombres de quien recibe el medicamento: _____ N° de Identidad: _____ FIRMA: _____

Apellidos y nombres del dispensador: _____ N° de Identidad: _____ FIRMA: _____

Medicamentos dispensados: _____ Cantidad en números: _____

Establecimiento farmacéutico minorista o servicio farmacéutico: _____ Dirección: _____ Fecha de dispensación: _____
Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Señor Usuario: Esta fórmula médica con medicamentos de control especial sólo tiene una vigencia de quince (15) días a partir de la fecha de prescripción.

No. 2599799

República de Colombia
Fondo Nacional de Estupefacientes
Ministerio de Salud

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
FONDO ROTATORIO SECCIONAL DE ESTUPEFACIENTES

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
FONDO ROTATORIO SECCIONAL DE ESTUPEFACIENTES

RECETARIO PARA MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL

1. PACIENTE

Primer apellido: _____ Fecha: Día: _____ Mes: _____ Año: _____
Segundo apellido: _____ Nombres: _____

Documento de identificación: _____ Número: _____ Edad: _____ Género: _____
 T.I. C.C. OTRO _____ Teléfono: _____ Municipio: _____ Dirección de Residencia: _____ Departamento: _____

Afiliación al S.G.S.S.S. Subsidado Contributivo Ninguna _____ Nombre de la Entidad: _____

2. MEDICAMENTOS

Nombre Genérico	Concentración	Forma Farmacéutica	Dosis / Vía de Administración / Frecuencia de Administración	Cantidad Prescrita En Números	Cantidad Prescrita En Letras

TIEMPO DEL TRATAMIENTO
DIAGNÓSTICO: _____

3. PROFESIONAL

Médico General Especializado

Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____ Nombres: _____

Documento de identificación: _____ Número: _____ Resolución por la que se autoriza el ejercicio de la profesión (N° y fecha): _____ FIRMA: _____
 T.I. C.C. OTRO _____ Institución donde labora: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____

4. ENTREGA DEL MEDICAMENTO (Para diligenciar por el establecimiento farmacéutico Minorista)

Apellidos y Nombres de quien recibe: _____ N° de Identidad: _____ FIRMA: _____

Apellidos y Nombres de quien despacha: _____ N° de Identidad: _____ FIRMA: _____

Medicamento: _____ Cantidad en Números: _____

Establecimiento Farmacéutico Minorista: _____ Dirección: _____ Fecha de Despacho: _____
Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Señor Usuario: Esta fórmula médica con medicamentos de control especial sólo tiene una vigencia de quince días a partir de la fecha de prescripción.

ORIGINAL - ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO

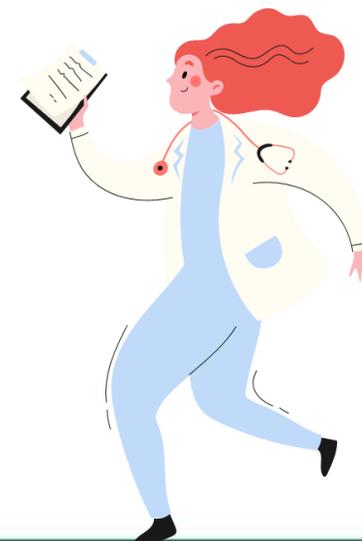
Prescripción de medicamentos de control especial



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Los médicos, médicos veterinarios, médicos veterinarios zootecnistas graduados y ***odontólogos** y en ejercicio legal de su profesión son los únicos profesionales que podrán prescribir Medicamentos de control especial, franja violeta, en la fórmula del Recetario Oficial.

***Odontólogos:** Que dentro de sus protocolos de procedimientos necesiten prescribir algunos medicamentos de control especial, para el manejo de la pre medicación, ansiedad (estrés pre consulta) y dolor leve a moderado



Prescripción de medicamentos de control especial – Servicio Social Obligatorio



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

A partir del momento en que se formalice su vinculación a la plaza del Servicio Social Obligatorio, el profesional contará en forma automática con una licencia provisional para el ejercicio de su profesión únicamente en la plaza asignada.



Prescripción de medicamentos de control especial



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Cuando a un profesional se le extravíe el Recetario Oficial, deberá formular la denuncia correspondiente e informar inmediatamente por escrito al Fondo Rotatorio de Estupefacientes de la respectiva Dirección Departamental de Salud, allegando copia de la denuncia.



Prescripción de medicamentos de control especial



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Cuando un medicamento de control sea formulado en un Departamento diferente al de adquisición o compra de este, o en el recetario oficial de Comvezcol para el caso de uso veterinario; no se requiere autorización para su dispensación o entrega, se debe verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en la Resolución 1478 de 2006.

Se debe validar la información del médico y del odontólogo en la plataforma RETHUS, y del médico veterinario y médico veterinario zootecnista en la plataforma COMVEZCOL.

Prescripción electrónica



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia



**MEDICAMENTOS DE CONTROL
ESPECIAL**

Prescripción electrónica de medicamentos de control especial

En el departamento de Antioquia se autoriza la prescripción electrónica de medicamentos de control especial a los prestadores de servicios de salud que cuentan con historia clínica electrónica siempre que:

- Cuenten con historia clínica electrónica.
- Estén habilitados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.
- Se encuentren autorizados por el Fondo Rotatorio de Estupefacientes para el uso de medicamentos de control especial.



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia



DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA
GOBERNACION

RESOLUCIÓN

Radicado: S 201500280991
Fecha: 24/06/2015

Tipo:
RESOLUCION
Destino: OTRAS



"Por medio de la cual se autoriza la prescripción electrónica de medicamentos de control especial a los prestadores de servicio de salud que cuenten con historia clínica electrónica en el Departamento de Antioquia"

LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA, en uso de sus facultades legales, en especial las conferidas por las Leyes 9ª de 1979, 715 de 2001, el Decreto 2200 de 2005 y las Resoluciones 1478 y 1479 de 2006, y

CONSIDERANDO

Que Conforme a lo dispuesto en la Ley 715 del 2001, Decreto 2200 de 2005, Resoluciones 1478 y 1479 de 2006 del Ministerio de Salud y Protección Social y demás normas concordantes, corresponde a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia Vigilar y controlar, en coordinación con el Instituto Nacional para la Vigilancia de Medicamentos y Alimentos -INVIMA-, y la U.A.E. Fondo Nacional de Estupefacientes, la producción, expendio, comercialización y distribución de medicamentos, incluyendo aquellos que causen dependencia o efectos psicoactivos potencialmente dañinos para la salud y sustancias potencialmente tóxicas.

Que el numeral 3 del artículo 16 del Decreto 2200 de 2005, establece que toda prescripción de medicamentos deberá hacerse "en idioma español, en forma escrita ya sea por copia mecanográfica, medio electromagnético y/o computarizado".

Que el Artículo 75 de la Resolución 1478 de 2006 establece: " Para el uso ambulatorio e intrahospitalario de medicamentos monopolio del Estado, las EPS, ARS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Establecimientos Farmacéuticos, deben inscribirse en la U.A.E. Fondo Nacional de Estupefacientes o en los Fondos Rotatorios de Estupefacientes a nivel departamental quien expedirá el correspondiente acto administrativo."

Resolución 201500280991 del 24 de junio de 2015

Prescripción electrónica de medicamentos de control especial

- El formato de prescripción electrónica de medicamentos de control especial debe contener los mismos campos del Recetario Oficial (Rsln 1478 de 2006).
- Solo se autorizará para los procedimientos clínicos internos de la institución por parte del personal médico y de enfermería.
- La prescripción electrónica debe contar con un sistema de codificación único para estos.



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia



DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA
GOBERNACION

RESOLUCIÓN

Radicado: S 201500280991

Fecha: 24/06/2015

Tipo:
RESOLUCION
DECISION OTRAS



"Por medio de la cual se autoriza la prescripción electrónica de medicamentos de control especial a los prestadores de servicio de salud que cuenten con historia clínica electrónica en el Departamento de Antioquia"

LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA, en uso de sus facultades legales, en especial las conferidas por las Leyes 9ª de 1979, 715 de 2001, el Decreto 2200 de 2005 y las Resoluciones 1478 y 1479 de 2006, y

CONSIDERANDO

Que Conforme a lo dispuesto en la Ley 715 del 2001, Decreto 2200 de 2005, Resoluciones 1478 y 1479 de 2006 del Ministerio de Salud y Protección Social y demás normas concordantes, corresponde a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia Vigilar y controlar, en coordinación con el Instituto Nacional para la Vigilancia de Medicamentos y Alimentos –INVIMA-, y la U.A.E. Fondo Nacional de Estupefacientes, la producción, expendio, comercialización y distribución de medicamentos, incluyendo aquellos que causen dependencia o efectos psicoactivos potencialmente dañinos para la salud y sustancias potencialmente tóxicas.

Que el numeral 3 del artículo 16 del Decreto 2200 de 2005, establece que toda prescripción de medicamentos deberá hacerse "en idioma español, en forma escrita ya sea por copia mecanográfica, medio electromagnético y/o computarizado".

Que el Artículo 75 de la Resolución 1478 de 2006 establece: " Para el uso ambulatorio e intrahospitalario de medicamentos monopolio del Estado, las EPS, ARS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Establecimientos Farmacéuticos, deben inscribirse en la U.A.E. Fondo Nacional de Estupefacientes o en los Fondos Rotatorios de Estupefacientes a nivel departamental quien expedirá el correspondiente acto administrativo."

Resolución 201500280991 del 24 de junio de 2015

Prescripción electrónica de medicamentos de control especial

- El formato de prescripción electrónica de medicamentos de control especial debe contener mecanismos de seguridad, que imposibiliten el acceso de personal no autorizado, la incorporación de modificaciones una vez se registren y se guarden los datos, así como su destrucción de forma accidental o provocada.
- Permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados en ella.
- Permitir establecer con exactitud las personas, la hora y la fecha de los registros realizados.



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia



DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA
GOBERNACION

RESOLUCIÓN

Radicado: S 201500280991

Fecha: 24/06/2015

Tipo:
RESOLUCION
Dentro GDCAS



"Por medio de la cual se autoriza la prescripción electrónica de medicamentos de control especial a los prestadores de servicio de salud que cuenten con historia clínica electrónica en el Departamento de Antioquia"

LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA, en uso de sus facultades legales, en especial las conferidas por las Leyes 9ª de 1979, 715 de 2001, el Decreto 2200 de 2005 y las Resoluciones 1478 y 1479 de 2006, y

CONSIDERANDO

Que Conforme a lo dispuesto en la Ley 715 del 2001, Decreto 2200 de 2005, Resoluciones 1478 y 1479 de 2006 del Ministerio de Salud y Protección Social y demás normas concordantes, corresponde a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia Vigilar y controlar, en coordinación con el Instituto Nacional para la Vigilancia de Medicamentos y Alimentos -INVIMA-, y la U.A.E. Fondo Nacional de Estupefacientes, la producción, expendio, comercialización y distribución de medicamentos, incluyendo aquellos que causen dependencia o efectos psicoactivos potencialmente dañinos para la salud y sustancias potencialmente tóxicas.

Que el numeral 3 del artículo 16 del Decreto 2200 de 2005, establece que toda prescripción de medicamentos deberá hacerse "en idioma español, en forma escrita ya sea por copia mecanográfica, medio electromagnético y/o computarizado".

Que el Artículo 75 de la Resolución 1478 de 2006 establece: " Para el uso ambulatorio e intrahospitalario de medicamentos monopolio del Estado, las EPS, ARS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Establecimientos Farmacéuticos, deben inscribirse en la U.A.E. Fondo Nacional de Estupefacientes o en los Fondos Rotatorios de Estupefacientes a nivel departamental quien expedirá el correspondiente acto administrativo."

Resolución 201500280991 del 24 de junio de 2015

Prescripción electrónica de medicamentos de control especial

- La historia clínica electrónica integral (incluida La prescripción médica electrónica de medicamentos de control especial) debe cumplir con el tiempo de retención y conservación establecido en la Resolución 1715 de 2005: 10 años. Mínimo 3 años en el archivo de gestión y mínimo 7 años en el archivo central de la institución.
- La prescripción médica de medicamentos de control especial por historia clínica electrónica, luego de dispensada por el servicio farmacéutico debe cumplir con el tiempo de conservación de un período de 2 años por lo menos.



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia



DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA
GOBERNACION

RESOLUCIÓN

Radicado: S 201500280991

Fecha: 24/06/2015

Tipo:
RESOLUCION
DISTINTO OTRAS



"Por medio de la cual se autoriza la prescripción electrónica de medicamentos de control especial a los prestadores de servicio de salud que cuenten con historia clínica electrónica en el Departamento de Antioquia"

LA SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA, en uso de sus facultades legales, en especial las conferidas por las Leyes 9ª de 1979, 715 de 2001, el Decreto 2200 de 2005 y las Resoluciones 1478 y 1479 de 2006, y

CONSIDERANDO

Que Conforme a lo dispuesto en la Ley 715 del 2001, Decreto 2200 de 2005, Resoluciones 1478 y 1479 de 2006 del Ministerio de Salud y Protección Social y demás normas concordantes, corresponde a la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia Vigilar y controlar, en coordinación con el Instituto Nacional para la Vigilancia de Medicamentos y Alimentos -INVIMA-, y la U.A.E. Fondo Nacional de Estupefacientes, la producción, expendio, comercialización y distribución de medicamentos, incluyendo aquellos que causen dependencia o efectos psicoactivos potencialmente dañinos para la salud y sustancias potencialmente tóxicas.

Que el numeral 3 del artículo 16 del Decreto 2200 de 2005, establece que toda prescripción de medicamentos deberá hacerse "en idioma español, en forma escrita ya sea por copia mecanográfica, medio electromagnético y/o computarizado".

Que el Artículo 75 de la Resolución 1478 de 2006 establece: " Para el uso ambulatorio e intrahospitalario de medicamentos monopolio del Estado, las EPS, ARS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Establecimientos Farmacéuticos, deben inscribirse en la U.A.E. Fondo Nacional de Estupefacientes o en los Fondos Rotatorios de Estupefacientes a nivel departamental quien expedirá el correspondiente acto administrativo."

P

Resolución 201500280991 del 24 de junio de 2015

Prescripción electrónica de medicamentos de control especial



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

La Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia verificará el cumplimiento de los requisitos establecidos anteriormente, y emitirá un acta donde se autoriza la prescripción electrónica de medicamentos de control especial.

De acuerdo a las condiciones evaluadas anteriormente:	NO SE AUTORIZA la prescripción médica de medicamentos de control especial por historia clínica electrónica.		Hasta el cumplimiento y verificación del cumplimiento de las condiciones exigidas.
	SI SE AUTORIZA la prescripción médica de medicamentos de control especial por historia clínica electrónica.		Esta autorización es vigente siempre y cuando se conserven las condiciones por las cuales fue otorgada.

En aquellos casos que la institución no cumpla con estos requisitos debe continuar con el manejo del recetario oficial distribuido por el Fondo Rotatorio de Estupefacientes hasta que se cumpla con el lleno de estos requisitos y se autorice por medio de acta.

Resolución 201500280991 del 24 de junio de 2015

Resolución 740 de 2024



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Por la cual se actualiza el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud y servicios complementarios no financiados con recursos de la UPC.

Resolución 740 de 2024



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

ÁMBITO DE APLICACIÓN:

Empresas Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Profesionales de Salud Independientes.

Que suministren tecnologías en salud y servicios complementarios a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES

Resolución 740 de 2024



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

ARTÍCULO 9, numeral 9.8:

“La prescripción de medicamentos de control especial y monopolio del Estado enunciados en el Anexo Técnico No 3 de la Resolución 315 de 2020 o la norma que lo modifique o sustituya, deberá realizarse de conformidad con lo dispuesto por la Resolución 1478 de 2006 o la norma que la modifique o sustituya,”

Resolución 740 de 2024



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

ARTÍCULO 36:

“Recetario Oficial Electrónico – ROE para medicamentos de control especial y monopolio del Estado. A través del MIPRES podrán prescribirse medicamentos de control especial y monopolio del Estado, financiados o no con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC, mediante la implementación del Recetario Oficial Electrónico – ROE como parte de la herramienta tecnológica.

Parágrafo. La entrada en operación del módulo del Recetario Oficial Electrónico – ROE estará sujeta a la expedición de la regulación especial que sobre estos medicamentos expida este Ministerio”



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Paola A ndrea G ómez Llano

Profesional Universitaria

Teléfono: 3839856

Correo electrónico: paola.gomez@antioquia.gov.co

V iviana Janeth M adrigal Arboleda

Técnica Área de la salud

Teléfono: 3839944

Correo electrónico: viviana.madrigal@antioquia.gov.co



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia