DIGSA	PROCESO	Prestación y Operación de Servicios PROPRES – Area Gestion Farmaceutica AREFA
	Formato	Lista de chequeo Comité Técnico Cientifico Cirugia Bariatrica SSFM DIGSA
	Código	MDN-COGFM-PROPRES-DIGSA-FU.95.1-49
	Vigente	Septiembre 2023

Versión	Fecha de Aprobación	Descripción de cambios
1	Noviembre 2019	Versión inicial.
2	Noviembre 2020	Se actualiza formato, eliminando casillas que no son necesarias actualmente, según ultima revisiòn de protocolo de cirugia para la obesidad.
3	Septiembre 2023	Este formato esta alineado al procedimiento de Comité Técnico Científico procedimiento, insumos, dispositivos u otros servicios médicos para el SSFM – DIGSA; se ajusta formato,para incluir literal g) valoracion geriatria y numeral 8 acta de la Junta de riesgo cardio cerebrovascular y metabólico (RCCVM) NOTA PROASIG - PROPLAES: 1. Este documento fue revisado por PROASIG, cumple con los requisitos establecidos en el formato establecio por el Sistema Integrado de Gestión SIG, está construido de acuerdo con los parámetros de lenguaje claro que emite el Departamento Nacional de Planeación

Elaboró	Revisó		Aprobó
PS. Marisol Cifuentes Morales Grupo Operación y Prestación de Servicios de Salud DIGSA- AREFA PS. Luz Aida Leal Monguí Médico especialista en Auditoría medica Representante GROSD	SMSM. Angelica Maria Caballero Toro Grupo Operación y Prestación de Servicios de Salud DIGSA- AREIN Gestor de Calidad SMSM. Yeimy Andrea Pinzon Avila Coordinador Grupo Operación y Prestación de Servicios de Salud DIGSA (E)	SMSM. Edna del Pilar Martínez Páez Grupo Planeación Estratégica DIGSA Lider Área Sistemas Integrados de Gestión ARSIG PD. Alexandra Martínez Vargas Coordinadora Grupo Planeación Estratégica DIGSA Representante de la Alta Dirección	CR. Elizabeth Yepez Salazar Subdirectora de Salud DIGSA

Instructivo de Diligenciamiento Formato Lista de chequeo Comité Técnico Científico Cirugía Bariatrica SSFM DIGSA

A continuacion encontrará los items enunciados en cada una de las columnas a diligenciar en el formato y en los cuales debe registrar la informacion descrita de la forma mas concreta posible. Recuerde que la sigla JETEP hace referencia a la Junta de Evaluaciòn de Tecnologias en Procedimientos e insumos.

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE	Escriba los nombres y apellidos completos del usuario.
No. ID PACIENTE	Digite el numero de documento de usuario.
EDAD	Digite la edad del usuario.
FUERZA	Digite la Fuerza a la cual el usuario pertenece (Ejèrcito, Armada, Fuerza Aèrea)
FUERZA	Redacte el nombre y sigla del ESM de adscripciòn del usuario.
FECHA INICIO PROTOCOLO	Digite la fecha de inicio del procolo formato DD/MM/AAAA
PESO INICIAL	Digite el peso inicial del usuario (antes de iniciar el protocolo)
TALLA	Digite la talla del usuario
IMC INICIAL:	Digite el IMC inicial del usuario (antes de iniciar el protocolo)
FECHA FINALIZACIÒN PROTOCOLO	Digite la fecha de finalizaciòn del procolo formato DD/MM/AAAA
PESO FINAL	Digite el peso final del usuario (antes de iniciar el protocolo)
IMC FINAL	Digite el IMC final del usuario (despues de terminar el protocolo)
CRITERIOS	Se define como la regla o norma conforme a la cual se establece un juicio o se toma una determinación para este caso seràn los que indiquen para realziaciòn de cirugia bariatrica.
CUMPLE	Seleccione con una X si se evidencia el cumplimiento de este criterio (verificaciòn historia clinica o soportes allegados)
NO CUMPLE	Seleccione con una X si nose evidencia el cumplimiento de este criterio (verificaciòn historia clinica o soportes allegados)
FECHA DE REALIZACIÒN	Digite la fecha de realziaciòn del criterio indicado DD/MM/AAAA (ejm: concepto psicologia 01/01/2022)
No. DE FOLIO	Indique el numero de folio final encontrado en la carpeta (digital)
OBSERVACIONES	Si existe alguna observaciòn respecto al item mencionado, redactarla
Orden de referencia del procedimiento a realizar	Anexar la orden del procedimiento a realizar (cirugia general- cirugia bariatrica)
CONCEPTOS MÈDICOS	Anexar conceptos medicos solicitados (psicologia, nutriciòn, medicina interna y/o endocrinologia,fisioterapia y cirugia baraitrica)
INTERCONSULTAS: según comorbilidad	no es obligatorio anexar todas las interconsultas, según la comobilidad del paciente anexar conceptos (cardiologia, neumologia, otorrinolaringologia,ortopedia, psiquiatria) entre otras
EXAMENES DE LABORATORIO	Anexar resultados de laboratorios (hemograma completo, PT,PTT, nitrogeno ureico, creatinina, glicemia, hemoglobina glicosilada,perfil lipidico completo, perfil hepatico,perfil tiroideo) anexar fecha de toma de ultimos laboratorios
PARACLÍNICOS	Anexar examen y/o resultados de paraclinicos (endoscopia de vias digestivas altas, ecografia de higado y vias biliares)
Fotos MÈDICAS a color (1 de frente y 1 perfil)	Anexar fotos medicas a color (1 de frente y 1 de perfil) según caracteristicas descritas en anexo del protcolo
NOMBRE ENCARGADO JETEP ESM	Escriba el nombre de la persona encargada de JETEP en el ESM/ quien elaboro lista de chequeo
FECHA DE ENVIO PROTOCOLO A DISAN-JEFSA	Digite la fecha en la cual envia lista de chequeo con la carpeta del protocolo a DISAN-JEFSA

DIGSA		
	PROCESO	Prestación y Operación de Servicios PROPRES – Area Gestion Farmaceutica AREFA
	Formato	Lista de chequeo Comité Técnico Científico Cirugía Bariatrica SSFM DIGSA
	Código	MDN-COGFM-PROPRES-DIGSA-FU.95.1-49
	Vigente	Septiembre 2023

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:

NO. ID. PACIENTE: EDAD: FUERZA: ESM ADSCRIPCIÒN:

FECHA INICIO PROTOCOLO: PESO INICIAL: TALLA: IMC INICIAL:

FECHA FINALIZACIÒN PROTOCOLO: PESO FINAL: TALLA: IMC FINAL:

CRITERIOS	CUMPLE	NO CUMPLE	FECHA DE REALIZACIÒN	No. FOLIO	OBSERVACIONES
1. Orden de referencia del procedimiento a					
2.CONCEPTOS MEDICOS					
a. Psicologia					
b.Nutrición					
c.Medicina Interna y/o medicina familiar					
d. Endocrinologia					
e. Fisioterapia					
f. Cirugía Bariatrica					
g. Geriatria (Escalas de Barthel)					
3. INTERCONSULTAS: según comorbilidad					
a. Cardiología					
b. Neumología					
c. Otorrinolaringologia					
d. Ortopedia					
c. Psiquiatria					
5. EXAMENES DE LABORATORIO					
a.Hemograma completo					
b. PT y PTT					
c. Nitrogeno Ureico					
d.Creatinina					
e.Glicemia					
f.Hemoglobina glicosilada					
g. perfil lipidico completo					
h. perfil hepatico (bilirrubinas- transaminasas)					
i. perfil tiroideo					
6. PARACLINICOS					
a. Endoscopia Digestiva Alta (EVDA)					
b. Ecografía de Higado y vias biliares					
8. Acta de la Junta de riesgo cardio cerebrovascular y metabólico (RCCVM)					
7. Fotos **MEDICAS** a color (1 de frente Y 1 perfil)					

NOMBRE ENCARGADO JETEP ESM:

FECHA DE ENVIO PROTOCOLO A DISAN-JEFSA: