Instructivo de Diligenciamiento Formato lista de chequeo Comité Técnico Científico de Procedimientos Oftalmología 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 CTC hace referencia al Comité Técnico Científico de 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)
ESM ADSCRIPCIÒN	Redacte el nombre y sigla del ESM de adscripción del usuario.
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 realización de corrección de ptosis palpebral, blefaroplastia superior e inferior.
CUMPLE	Seleccione con una X si se evidencia el cumplimiento de este criterio (verificación historia clinica o soportes allegados)
NO CUMPLE	Seleccione con una X si nose evidencia el cumplimiento de este criterio (verificación historia clinica o soportes allegados)
FECHA DE REALIZACIÒN	Digite la fecha de realziación del criterio indicado DD/MM/AAAA (ejm: BUT 01/01/2022)
No. DE FOLIO	Indique el numero de folio final encontrado en la carpeta (digital) historia clinica allegada.
OBSERVACIONES	Si existe alguna observación respecto al item mencionado, redactarla
DMR1	Seleccione con una X en criterio cumple, si cumple diligenciar fecha de realización, nùmero de folio donde se encuentra en la historia clinica, observaciones si se requiere. En caso de no cumplir abstenerse de tramitar Comitè hasta que cumpla los criterios requeridos en protocolo vigente.
DMR2	Seleccione con una X en criterio cumple, si cumple diligenciar fecha de realización, nùmero de folio donde se encuentra en la historia clinica, observaciones si se requiere. En caso de no cumplir abstenerse de tramitar Comitè hasta que cumpla los criterios requeridos en protocolo vigente.
FUNCIóN DEL ELEVADOR	Seleccione con una X en criterio cumple, si cumple diligenciar fecha de realización, nùmero de folio donde se encuentra en la historia clinica, observaciones si se requiere. En caso de no cumplir abstenerse de tramitar Comitè hasta que cumpla los criterios requeridos en protocolo vigente.
TIEMPO DE RUPTURA LAGRIMAL (BUT)	Seleccione con una X en criterio cumple, si cumple diligenciar fecha de realización, nùmero de folio donde se encuentra en la historia clinica, observaciones si se requiere. En caso de no cumplir abstenerse de tramitar Comitè hasta que cumpla los criterios requeridos en protocolo vigente.
TEST DE SHIMER 1	Seleccione con una X en criterio cumple, si cumple diligenciar fecha de realización, nùmero de folio donde se encuentra en la historia clinica, observaciones si se requiere. En caso de no cumplir abstenerse de tramitar Comitè hasta que cumpla los criterios requeridos en protocolo vigente.
CAMPOS VISUALES COMPUTADOS P60	Seleccione con una X en criterio cumple, si cumple diligenciar fecha de realización, nùmero de folio donde se encuentra en la historia clinica, observaciones si se requiere. En caso de no cumplir abstenerse de tramitar Comitè hasta que cumpla los criterios requeridos en protocolo vigente.
REPORTE LECTURA CAMPOS VISUALES Y/O INTERPRETACION DEL CAMPO VISUAL EN HISTORIA CLINICA ENVIADA	Seleccione con una X en criterio cumple, si cumple diligenciar fecha de realización, nùmero de folio donde se encuentra en la historia clinica, observaciones si se requiere. En caso de no cumplir abstenerse de tramitar Comitè hasta que cumpla los criterios requeridos en protocolo vigente.
FOTO CARA COMPLETA POSICIóN DE FRENTE TAMAÑO POSTAL A COLOR, SIN MAQUILLAJE NI GESTICULACIÒN	Seleccione con una X en criterio cumple, si cumple diligenciar fecha de realización, nùmero de folio donde se encuentra en la historia clinica, observaciones si se requiere. En caso de no cumplir abstenerse de tramitar Comitè hasta que cumpla los criterios requeridos en protocolo vigente.

TEST DE DISTRACCIóN DEL PARPADO INFERIOR	Seleccione con una X en criterio cumple, si cumple diligenciar fecha de realización, nùmero de folio donde se encuentra en la historia clinica, observaciones si se requiere. En caso de no cumplir abstenerse de tramitar Comitè hasta que cumpla los criterios requeridos en protocolo vigente.
TEST DE PELLIZCO DE PARPADO INFERIOR (SNAP BACK TEST)	Seleccione con una X en criterio cumple, si cumple diligenciar fecha de realización, nùmero de folio donde se encuentra en la historia clinica, observaciones si se requiere. En caso de no cumplir abstenerse de tramitar Comitè hasta que cumpla los criterios requeridos en protocolo vigente.
MUESTREO ESCLERAL INFERIOR	Seleccione con una X en criterio cumple, si cumple diligenciar fecha de realización, nùmero de folio donde se encuentra en la historia clinica, observaciones si se requiere. En caso de no cumplir abstenerse de tramitar Comitè hasta que cumpla los criterios requeridos en protocolo vigente.
TIEMPO DE RUPTURA LAGRIMAL (BUT)	Seleccione con una X en criterio cumple, si cumple diligenciar fecha de realización, nùmero de folio donde se encuentra en la historia clinica, observaciones si se requiere. En caso de no cumplir abstenerse de tramitar Comitè hasta que cumpla los criterios requeridos en protocolo vigente.
NOMBRE ENCARGADO CTC ESM	Escriba el nombre de la persona encargada de CTC en el ESM/ quien elaboro y verifico la completitud de la lista de chequeo
FECHA DE ENVIO LISTA DE CHEQUEO A DISAN-JEFSA	Digite la fecha en la cual envia lista de chequeo con la historia clinica a la DISAN-JEFSA (DD/MM/AAAA)
NOTA ACLARATORIA:	Para ser evaluada la solicitud en Junta deberá cumplir todos los critererios de la presente lista de chequeo.