



PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto de Gestión
de Servicios de SaludInstituto Nacional de
Salud del Niño - BreñaDECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD
"AÑO DE LA CONSOLIDACION DEL MAR DE GRAU"

Nº 383 -2016-INSN-DG

RESOLUCION DIRECTORAL

Lima, 23 de Septiembre del 2016

Visto; el Expediente con Registro Nº DAS-1073-2016 y el Memorando Nº 257-SF-DASP-INSN-16, con el cual se hace llegar el "Formato de Reporte de Errores de Dispensación" elaborado por el Servicio de Farmacia y remitido por la Oficina de Gestión de la Calidad a la Dirección General solicitando su aprobación mediante la Resolución Directoral correspondiente; y,

CONSIDERANDO:

Que, el artículo II de la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, señala que toda persona tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales;

Que, el Decreto Supremo Nº 018-2001-SA, establece disposiciones para el control de la calidad y el suministro de información sobre medicamentos;

Que, mediante Informe Nº 24-EVS-OGC-INSN-2016, la Oficina de Gestión de la Calidad emite su conformidad al "Formato de Reporte de Errores de Dispensación", necesario para mejorar la Calidad de Atención del Servicio de Farmacia y Bioquímica;

Que, mediante Memorando Nº 1186-OGC-INSN-2016, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad hace llegar a la Dirección General el "Formato de Reporte de Errores de Dispensación";

Que, con Memorando Nº 821-2016-DG/INSN, la Dirección General aprueba el "Formato de Reporte de Errores de Dispensación"; y,

Con la Visación de la Dirección Adjunta, mediante Memorando Nº 320-DA-INSN-2016, y la Oficina de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional de Salud del Niño;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar el "Formato de Reporte de Errores de Dispensación", que consta de (01) Folio del Servicio de Farmacia del Instituto Nacional de Salud del Niño.-----

Artículo Segundo.- El "Formato de Reporte de Errores de Dispensación" aprobado, será publicado en la página Web del Instituto Nacional de Salud del Niño.-----

Regístrese y Comuníquese.

ATB/RVP**DISTRIBUCIÓN:**

- () DG
- () DA
- () OGC
- () DASP
- () Servicio de Farmacia
- () Of. Comunicaciones
- () OEI

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

DR. ALFONSO JUAN TAPIA BAUTISTA
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. 14181 R.N.E. 4503

PERÚ MINISTERIO DE SALUD INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - BREÑA

CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.

06 OCT 2016

1479

Reg. Nº

Lic. CARMEN LUCIA MARTINEZ ESPINOZA
C.T.S.P. Nº 10651
FEDATARIA

www.insn.gob.pe

Av. Brasil 600
Breña. Lima 5, Perú
Tfno. (511) 330-0066

**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
SERVICIO DE FARMACIA**

FORMATO DE REPORTE DE ERRORES DE DISPENSACION

Error No.

Fecha en la que ocurre el error de Dispensacion: / / 20

Nombre del paciente: _____

Historia Clinica: _____

Tipo de paciente: SIS SI ☐ NO ☐

INSN SI ☐ NO ☐

Hospitalizado : ☐

Ambulatorio : ☐

Nombre del médico: _____

Especialidad: _____

¿El paciente utilizó el medicamento y/o dispositivo médico erróneo? SI ☐ NO ☐

¿Tuvo alguna consecuencia para el paciente? SI ☐ NO ☐

Descripción del error de Dispensacion presentado (¿cuál fue el error?, si el paciente manifiesta síntomas descríbalos):

MOMENTO EN EL CUAL SE DETECTA EL ERROR:

Familiar del paciente ☐

Personal que administra el medicamento y/o
utiliza el dispositivo médico ☐

En consulta médica posterior ☐

Otros: _____ Especificar : _____

DETALLE DEL ERROR DEL MEDICAMENTO Y/O DISPOSITIVO MEDICO DISPENSADO.

Medicamento : ☐ Dispositivo Médico Quirúrgico: ☐

Descripción: _____ Forma Farmacéutica: _____

Concentración: _____ Laboratorio: _____

Fecha de Vencimiento : _____ Lote : _____

N° De Registro Sanitario: _____

TIPO O DETALLE DEL ERROR

Prescripción ilegible	☐	Error en la forma farmacéutica ó en la referencia del dispositivo médico	☐
Concentración del principio activo	☐	Nombre erroneo del medicamento y/o dispositivo médico	☐
Error en vía de administración	☐	Error en la cantidad (diferente a lo prescrito, exceso o defecto)	☐
Error en la concentración del medicamento ó el calibre del dispositivo médico	☐	Medicamentos o dispositivo medico que no corresponden al paciente	☐

CORRECCION DE ERRORES .

Sello y Firma
Químico Farmacéutico

Fecha : _____

Titulo	Elaborado	Revisado por
FORMATO DE REPORTE DE ERRORES DE DISPENSACION	QF. Silvia Juárez Carranza	



PERÚ
MINISTERIO DE SALUD

INSTITUTO DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - BREÑA

CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he levantado en este mismo acto al interesado.

Aprobado por _____

06 OCT 2016

1473

Reg. N° _____


 Lic. CARMEN LUCHA MARCHESI ESPINOZA
 C.T.S.P. N° 10061
 REDATARIA