

N.º de Expediente

**DATOS DE LA ESPECIALIDAD**

1. Denominación común Internacional	
2. Nombre genérico	
3. Principio activo	
4. Vías de administración	
5. Dosis	
6. Dosis diaria	
7. Duración prev. tratamiento (días)	
8. Forma farmacéutica	
9. Nombre comercial	
10. Laboratorio	
11. País de origen	

**Referencias** bibliográficas y otros datos que faciliten su búsqueda

o

**Médico**

Nombre

FECHA \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_

N.º COLEGIADO \_\_\_\_\_

FIRMA

**Servicio de Farmacia**

FARMACEUTICO \_\_\_\_\_

Nombre

FECHA \_\_\_\_\_

FIRMA

**A RELLENAR POR EL SERVICIO DE SUMINISTROS**

( \* ) A cumplimentar por el Servicio de Suministros

EJEMPLAR PARA EL SERVICIO DE INFORMACION DE MEDICAMENTOS

EJEMPLAR PARA EL SERVICIO DE SUMINISTROS

EJEMPLAR PARA EL FACULTATIVO

## **INSTRUCCIONES**

**DATOS DEL PACIENTE:**

**Número, de afiliación a la Seguridad Social. ¿Caráctr crónico o no de su enfermedad?**

**HISTORIA CLINICA:**

**Antecedentes.**

**Datos analíticos relevantes para el caso.**

**Enumeración de las posibles alergias medicamentosas.**

**Otros medicamentos administrados actualmente.**

**PRESUNCION DIAGNOSTICO:** Indicación para la que se solicita el medicamento.

**TRATAMIENTOS ANTERIORES** En el supuesto de existir tratamientos alternativos en España, indicar cuáles son  
**ENSAYADOS:** ¿Por qué no se emplean?