

N.º de Expediente

DATOS DEL PACIENTE

N.º Afiliación a la Seguridad Social

Primer apellido

Segundo apellido

Nombre

Sexo
V/M.

Edad fértil
SI / NO

Es crónico
SI / NO

Datos de la historia clínica

Antecedentes _____

Datos analíticos relevantes _____

Posibles alergias medicamentosas _____

Otros medicamentos administrados en la actualidad _____

Presunción de diagnóstico

Indicación para la que se solicita el medicamento

Tratamientos anteriores ensayados

1. _____

2. _____

Tratamientos alternativos

1. _____

2. _____

¿ POR QUE NO SE EMPLEAN ?

FECHA

D D M M A A

Nº COLEGIADO

FIRMA

(*) 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

DE LA ESPECIALIDAD FARMACEUTICA : Denominación común internacional (DCI) o nombre genérico y los principios activos
Forma farmacéutica.
Vías de administración.
Dosis.
Dosis diaria.
Duración prevista del tratamiento.
Referencias bibliográficas.
Especificar los datos que conozcan: Nombre Comercial.
Laboratorio.
País de origen.
Otros datos de interés.

CUMPLIMENTAR POR EL FACULTATIVO: Nombre y apellidos, número de colegiado y teléfono del facultativo.
El facultativo quedará responsabilizado del cumplimiento de las funciones de farmacovigilancia.
La continuidad del tratamiento deberá ser ratificada mensualmente por el médico responsable.