



**G** CONSELLERIA  
**O** SALUT  
**I** DIRECCIÓ GENERAL  
**B** SALUT PÚBLICA  
**/** PARTICIPACIÓ

# **Procedimiento de actuación Farmacéutica**

**Abril de 2018**

**Versión 3**



Fecha	Versión	Autor	Revisor
01.12.2014	1	OTP	
28.06.2016	2	U91417 - SJP	MMG
12.04.2018	3	U82218 - EMV	

**ABREVIATURAS:**

CPIAP	CARTA DE PRESENTACIÓN-INVITACIÓN A PARTICIPAR
CR	CARTA DE RE-INVITACIÓN
CRR	CARTA RECORDATORIA
CS	CENTROS DE SALUD
FC	FARMACIA COLABORADORA
LOPD	LEY ORGANICA DE PROTECCIÓN DE DATOS
OTP	OFICINA TÉCNICA DEL PROGRAMA
PDPCCR-IB	PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE COLON Y RECTO
TSOH	TEST DE SANGRE OCULTA EN HECES
TSI	TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL
UBS	UNIDAD BASICA DE SALUD

## 1. OBJETIVO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

Como agente de salud, el farmacéutico tiene un importante papel tanto en la promoción de la salud como en la colaboración en los programas de prevención de la enfermedad iniciados por la autoridad sanitaria.

La Dirección General de Salud Pública y Participación pone en marcha el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto de las Illes Balears (PDPCCR-IB).

Este Programa tiene como objetivo disminuir la frecuencia y la mortalidad del cáncer colorrectal mediante la detección precoz. Para ello el Programa ofrece primero una prueba de sangre oculta en heces (TSOH) a la población en edad de riesgo (50-69 años) y, posteriormente, una colonoscopia a quien se le detecte sangre en la prueba anterior.

El modelo que se utiliza en las Illes Balears para el desarrollo del Programa cuenta con la participación de las Farmacias Colaboradoras (FC) (*anexo1*).

La participación de las Farmacias Colaboradoras (FC) consistirá en:

- Ofrecer información sobre el PDPCCR-IB.
- Realizar cuestionario de salud.
- Registrar en la aplicación web el cuestionario de salud y el número de participante.
- Entregar el colector de recogida de la muestra a quien haya recibido CPIAP o CR de la Oficina Técnica del Programa de detección precoz de cáncer de colon y recto y donde depositarlo.
- Si se entrega un colector de recogida de muestra se debe registrar el número de éste en la aplicación web.

## 2. PERSONAL IMPLICADO

Los profesionales implicados en el procedimiento que a continuación se está describiendo son:

- OTP
- Farmacéuticos, como agentes de salud
- Cooperativa de farmacias

### 3. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

La población elegida para participar tras recibir la CPIAP/CR acudirá a una FC donde, si procede, se le hará entrega de un colector para realizar un TSOH.

En la FC se registrarán los participantes y los colectores entregados asociándolos entre ellos en una aplicación web diseñada para el PDPCCR-IB.

También se ofrecerá al participante toda la información necesaria referente a la recogida de la muestra, conservación y lugar donde depositarla.

### 4. PROCEDIMIENTO

La persona que reciba de la OTP una Carta de Presentación-invitación a participar (CPIAP) o una Carta de Reinvitación (CR) y que decida participar en el programa, tiene un **plazo de 60 días en el primer caso y de 30 días en el segundo**, para acudir a una de las FARMACIAS COLABORADORAS (FC) para recoger el COLECTOR de la prueba.

**PROCESO de 5 pasos a seguir por el FARMACÉUTICO antes de efectuar dicha entrega:**

1º Solicitar al participante:

- La Carta de Presentación-invitación a participar (CPIAP) o de Reinvitación (CR).
- Tarjeta Sanitaria Individual (TSI).
- Documento identificativo (DNI/Pasaporte/NIE), si la TSI no tuviera foto.

2º Verificar la identidad del participante cotejando el nombre y apellidos del destinatario de la carta con los del documento identificativo presentado.

3º Comprobar en la carta presentada Carta de Presentación-invitación a participar (CPIAP) o en la Carta de Reinvitación (CR) los siguientes puntos:

- Que se trate de una Carta de Presentación-invitación a participar (CPIAP) y verificar que **no hayan transcurrido más de 60 días** desde la fecha de impresión de la carta. Si han pasado más de 60 días **NO se entregará el colector** y se indicará al interesado que espere a recibir la Carta de Reinvitación (CR) antes de volver a la Farmacia Colaboradora.
- Si se trata de una Carta de Reinvitación (CR), verificar que **no hayan transcurrido más de 30 días** desde la fecha de la Carta de Reinvitación (CR). Si han pasado más de 30 días **no se entregará el colector**, si el participante desea participar puede ponerse en contacto con la OTP, por

## PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN FARMACÉUTICA

lo que se le facilitará el teléfono de contacto, dirección de correo o página web.

- Que el **Consentimiento para participar en el Programa (figura1)**, que figura en la parte inferior de ambas cartas, esté debidamente cumplimentado: **nombre y apellidos, fechado y firmado, y que haya anotado teléfono de contacto y correo electrónico.**

En caso contrario debe hacerlo antes de la entrega del colector.

Si declina firmar el Consentimiento para participar **NO se entregará el colector** y el farmacéutico anotará esta incidencia en la carta y pondrá la fecha y el sello de la Farmacia Colaboradora. El mismo día comunicará dicha incidencia a la OTP mediante llamada telefónica o correo electrónico.

Sr./a....., doy mi consentimiento para participar en el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto .		
Fecha y firma	Teléfono de contacto:	Correo electrónico:

Figura 1

Tener en cuenta que es muy importante disponer del teléfono de contacto por lo que si no lo ha escrito, el farmacéutico recabará esta información y la anotará en el lugar indicado en la carta.

4º Si la verificación de la identidad, la fecha de la carta y la cumplimentación de los datos solicitados en la misma son correctos, el farmacéutico procederá a:

Realizar el **CUESTIONARIO DE SALUD (anexo2)** para detectar a las personas que deben ser excluidas del Programa, registrándolo en la aplicación web (*anexo3*).

- A las personas que manifiesten alguna causa de exclusión NO se les entregará el colector.
- A los que no manifiesten causas de exclusión se les entregará el colector.

El farmacéutico se quedará con **TODAS** las cartas presentadas, de invitación y de reinvitación (tanto si se les entrega el colector como si son excluidos del programa por cualquier causa) y las guardará en las carpetas azules proporcionadas por la OTP. Es importante guardarlas en un lugar seguro respetando la LOPD. Una vez a la semana se enviarán a la OTP mediante la Cooperativa de farmacéuticos. Es importante poner el **sello de la farmacia en las cartas** (para poder identificar la farmacia que ha realizado el proceso)

En el caso de que una persona vaya a recoger más de un COLECTOR, hay que pedirle las diferentes CPIAP o CR y seguir los 4 primeros pasos del procedimiento anterior con cada una de las cartas.

Para las personas ausentes, la FC entregará los cuestionarios de salud que deberán ser rellenados y firmados por las mismas. No se entregarán los colectores hasta que se entreguen en la FC los cuestionarios de salud cumplimentados y se registren en la aplicación web.

5º Si el interesado no queda excluido del PDPCCR-IB, el Farmacéutico procederá a la **entrega del COLECTOR y folleto de instrucciones para la recogida de la muestra** procediendo de la siguiente manera:

- Tal como puede observarse en la figura 2, el tubo COLECTOR viene con 2 etiquetas (código de barras), al entregar el COLECTOR hay que despegar la primera etiqueta del tubo y pegarla en el espacio indicado en la CPIAP o CR, figura 3.

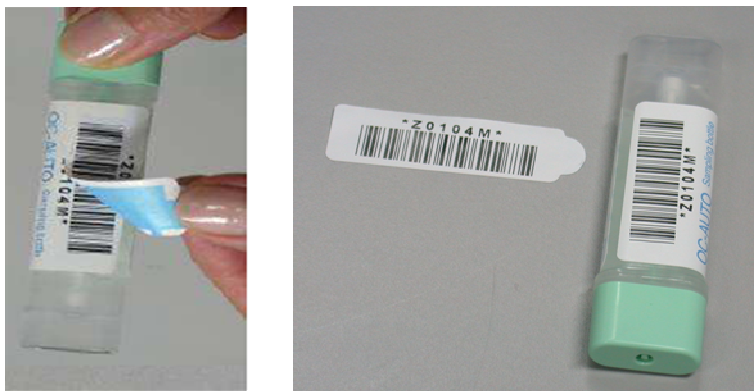


Figura 2


<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">                 PEGUE AQUÍ EL CÓDIGO DE BARRAS             </div>	NOMBRE Y APELLIDOS .
	DIRECCIÓN POSTAL .
	CP .
	
	*00000-0-00000* .
CIP .	

Figura 3

- Indicar al participante que debe anotar en la etiqueta del tubo el nombre y la fecha de recogida de la muestra (Figura 4):

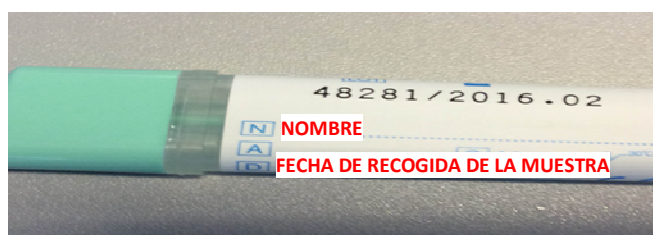


Figura 4

- Si la persona recoge más de un COLECTOR, el farmacéutico escribirá en cada tubo el nombre de cada uno de los participantes. Debe coincidir con el del código de barras que se pega en las diferentes cartas.
- Para evitar confusiones, insistirá a la persona que los recoge que debe tener especial atención al recoger la muestra y no intercambiar los colectores.
- El farmacéutico debe registrar el cuestionario de salud en la aplicación informática del PDPCCR-IB, previo a la entrega o no del colector. Para ello, accederá a la página web del programa ([www.infocolon.caib.es](http://www.infocolon.caib.es)) mediante su certificado digital. Una vez registrado el cuestionario, se capturarán con el lector óptico los datos del participante, incluidos en los códigos de barras de la CPIAP/CR, y/o el COLECTOR. Ver manual de usuario (*anexo3*).
- Informar que tras la recogida de la muestra de heces, el colector se introduce en la bolsa de plástico que se proporciona con el mismo y debe entregarse en su centro de salud en un máximo de 5 días tras la recogida. Mientras permanezca en el domicilio del participante debe mantenerla en la nevera (**no congelar**).

Indicar al participante que debe entregar la muestra en un CS/UBS, preferentemente los días que se realizan extracciones, además del día previo a estos (*cada FC poseerá una lista con los CS/UBS disponibles y los días de extracciones*). El horario de recogida de los CS/UBS será de toda la jornada, pero se aconsejará entregarlo a **primera hora de la mañana (08:00 – 08:30)**, sobre todo en las UBS, para disminuir la posibilidad de pérdida de muestras.

El colector se depositará en la urna del PDPCCR-IB que estará en un lugar visible del CS/UBS, generalmente en el mostrador de admisión (*Figura 5*).



Figura 5

Es posible que el participante que recoge el colector en la farmacia no lo entregue o bien que lo entregue y no llegue al laboratorio. En estos casos y finalizado el plazo estipulado (unos 30 días), la aplicación informática del PDPCCR-IB genera una carta Recordatoria (CCR). Esta carta no dispone del espacio para la pegatina del colector ya que simplemente recuerda al participante que debe entregarlo en el caso de que no lo haya hecho.

**EN NINGUN CASO** se debe entregar otro colector con esta carta sino indicar al participante que llame a la OTP para averiguar qué ha pasado.

La CRR no hay que enviarla a la OTP, se puede devolver al participante o bien desecharla.

## **5. OTROS DATOS RELEVANTES**

No es necesario que el participante esté en ayunas o haga dieta para recoger la muestra.

No recoger la muestra si se tienen: hemorroides sangrantes o la menstruación. Deben pasar **3 días sin la presencia de sangre** en las deposiciones.

Una vez introducida la muestra tomada con el bastoncillo dentro del tubo y una vez éste cerrado, debe agitarse y ponerse en la bolsa de plástico proporcionada.

Evitar exponer la muestra a altas temperaturas y no dejarla al sol.

## RECURSOS PARA FARMACIAS

- COLECTORES (tubos + bolsas)
- Folletos de instrucciones para la toma de la muestra de heces
- 2 carpetas para guardar las cartas de invitación y de reinvitación.
- Póster del PDPCCR-IB
- Esquema rápido de actuación farmacéutica.
- Identificativo de Farmacia Colaboradora del PDPCCR-IB (Anexo5)

***Si la FC necesita más recursos, debe de ponerse en contacto con la OTP mediante llamada telefónica o correo electrónico.***

## PARA INFORMACIÓN E INCIDENCIAS

Telf: 900 102 560

Correo electrónico: [infocolon@caib.es](mailto:infocolon@caib.es)

Web: [www.infocolon.caib.es](http://www.infocolon.caib.es)

Horario de lunes a viernes de 9h a 14h.

## ANEXO 1. LISTADO DE FARMACIAS COLABORADORAS

### FARMACIAS TRAMUNTANA

AMER CAPELLA, A.	SANTA MARGALIDA
ARMENGOL COLL, JAIME	INCA
BALDIZON REYES, CLAUDIA CORINA	SELVA
BALLESTER MORAGUES, MARGARITA MARIA DEL	INCA
BENNASAR - CUSI	LLOSETA
BESALDUCH - BESALDUCH	SA POBLA
BUADES REYNES, SEBASTIAN	SANTA MARGALIDA (CAN PICAFORT)
CABALLERO MORENO, IRENE	ALCUDIA (PORT ALCUDIA)
CABRER REUS, BARTOLOME	INCA
CERDA HUMBERT, CATALINA	POLLENÇA
COLL BIBILONI, JOANA MARIA	PORT DE POLLENÇA
COLOM BAUZA, FRANCISCA	POLLENÇA (PORT POLLENÇA)
CORTES RIBOT, MARIA MAGDALENA	INCA
CRESPI TANCO J. ANTONIO	INCA
ESTELA - ESTELA	SINEU
FEBRER BAUZA, MARIA ANTONIA	CAMPANET
FERRAGUT SANTANDREU, CATALINA	MARIA DE LA SALUT
FRAU BAUZA, MARGARITA	MANCOR
GARCIAS RIBOT, MARIA ANTONIA	ALCUDIA
GARI COMAS, MIGUEL	COSTITX
GELABERT - OLIVER	ALCUDIA
GILI MUNAR, MARGALIDA	LLORET
GISBERT - PLANAS - PLANAS	INCA
GONZALEZ SABATER, MAGDALENA	MURO
GUIX AGUADO, MARIA PILAR	POLLENÇA (PORT DE POLLENÇA)
M. JUAN-HEKKING	SANTA MARGALIDA (CAN PICAFORT)
MESTRE MESTRE, CATALINA	ALCUDIA
MONSERRAT REQUIS, LLUISA	POLLENÇA (CALA SANT VICENÇ)
MIQUEL OLIVER - AINA OLIVER	POLLENÇA
PERELLO OLIVER, MARGARITA	INCA
PERICAS TORRENS, CATALINA TERESA	SA POBLA
PUJADAS BALAGUER, MIGUEL MARIANO	INCA
PUJADAS SANTANDREU, MARIA ROSA	SANTA MARGALIDA
QUETGLAS BENNASAR, EULALIA	SANTA MARGALIDA S.SERRA MARINA
REAL - REAL	LLOSETA
RIERA MARCH, PETRA	SA POBLA
SABATER RIERA, MARGALIDA	SA POBLA
SABATER - SABATER	MURO
TORRENS - TORRENS	SA POBLA
TORRENS PONS, FRANCISCA	ALCUDIA (PORT ALCUDIA)
TORRES - TUBERT	MURO (PLATJA DE MURO)
TOUS VIDAL, ISABEL MARIA	BUGER

**PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN FARMACÉUTICA**

VENTAYOL BOSCH, HELENA	POLLENÇA
VIZOSO LAPORTE, MARIA ANTONIA	POLLENÇA (PORT POLLENÇA)
VIZOSO LAPORTE, MARIA PURIFICACION	ALCUDIA (PORT ALCUDIA)

**FARMACIAS MENORCA**

BARCA - BARCA	MAO
CARDONA RAMON, MARGARITA ROSA	MAO
CASTANY NIUBO, MARIA DOLORS	CIUTADELLA
CASTELL - CASTELL	ALAIOR
CAVALLER-CAVALLER, J BERNARDO	CIUTADELLA
DIEZ - DE JUAN - SANCHEZ	CIUTADELLA (URB.CALA PIQUES)
ESCUDERO SIREROL, MARGARITA PAZ	MAO
FLORIT NAVARRO, FERNANDO	CIUTADELLA (CALA BLANCA)
FLORIT ORFILA, FRANCESC	ES MERCADAL (FORNELLS)
GARCIA VEIGA, JAVIER	SANT LLUIS (PUNTA PRIMA)
HERNANDEZ - HERNANDEZ	ES CASTELL
HERNANDEZ PONS, LEONOR	SANT LLUIS
JORDAN GARCIA, LUIS	MAO
LANDINO - PONS	MAO
LOPEZ - FONT	CIUTADELLA
MARTI - SUREDA	CIUTADELLA
MARTINEZ RIUDAVETS, JUANA MARIA	ES MERCADAL
MASCARO CAULES, M <sup>a</sup>	ALAIOR
MOLL CARRETERO, ANTONI IGNASI	CIUTADELLA
MOLL MERCADAL, BERNARDO	ES MIGJORN GRAN
MORA PONS, EMMA MARIA	ES MERCADAL (URB. SON PARC)
NAVARRO CARIM, SILVIA	ES CASTELL
OLEO FORCADAS, JOSE MARIA	CIUTADELLA
ORTEGA FERNANDEZ, ALFONSO	ES MERCADAL (ARENAL D'EN CASTE
PLAÇA NOVA	CIUTADELLA
RIERA TRIAY, ISABEL	MAO
SALORD MOLL, JOAN	CIUTADELLA
SEGUI CHINCHILLA, MARIA PAZ	MAO
SEGUI PUNTAS, MARIA GRACIA	MAO
VIVÓ - MERCADAL	FERRERIES
VYCTORI BERNAT, ANA ISABEL	MAO

FARMACIAS IBIZA-FORMENTERA

ANTICH - ANTICH	SANTA EULALIA
BERMEJO GOMEZ, MARIA DEL CARMEN	SANTA EULALIA
DE EGUILLEOR LASQUIBAR, MIREN MAITEDER	FORMENTERA (ES PUJOLS)
DE LA CUEVA TORREGROSA, IGNACIO	EIVISSA
GUITART LORENTE DE NO, ANUNCIATA	FORMENTERA (ES CALO DE S. AGUS
JUAN TORRES, CATALINA	SANT JOAN DE LABRITJA (ST.MIQU
MANZANO AUSIN, ISIDRO	SANT ANTONI DE PORTMANY
MARI TORRES, MONICA	EIVISSA
MAS BUFI, MARIA CARMEN	EIVISSA (I.NUE.TALAMANCA)
MAYANS RIBAS, JOSE	FORMENTERA (SANT FERRAN)
RAMON COSTA, IRENE	SANT ANTONI DE PORTMANY
RIPOLL GUASCH, CAROLINA	SANT CARLOS
SOLER VIDAL, M <sup>a</sup> JOSEFA	EIVISSA
TORRES PONS, MARGARITA MARIA	CALA DE BOU - SANT JOSEP (SANT AGUSTI VEDRA)
TORRES QUETGLAS, JUAN	FORMENTERA (SAN FCO JAVIER)
TORRES TORRES, JOSEFA	EIVISSA
TORRES TORRES, MARGARITA	SANT JOAN DE LABRITJA
VILLANGOMEZ MARI, MARGARITA	SANT ANTONI DE PORTMANY

FARMACIAS LLEVANT

ADROVER MAS, FRANCISCA	CAMPOS
ADROVER OLIVER, GABRIEL	MANACOR
CALDENTY NADAL, MARGARITA	SANT LLORENÇ - SON CARRIO
FERNANDEZ GARCIA, VANESA	SANT LLORENÇ - SA COMA
FERRET RIERA	MANACOR
FORNARIS RAMIS, ANTONIA	CAPDEPERA
FUSTER ARNAU, DOLORS	FELANITX - PORTOCOLOM
GARCIA BARTOLOME, SONIA	CAPDEPERA - CALA LLITERAS
GAYA CANTALLOPS, MAGDALENA	FELANITX - S'HORTA
JAUME RIERA, MARIA	MANACOR
LADARIA LLITERAS, LLUIS	MANACOR - PORTO CRISTO
LADARIA SUREDA, JOSE FRANCISCO	MANACOR
LLULL - LLULL	MANACOR
MESTRE BARCELO, MAGDALENA	MANACOR - SON MACIA
PALMER LLANERAS, JOAN LLUIS	ARTA
RIERA CB	PETRA
RIERA GARAU, MIQUEL	MANACOR
RIERA OLIVER, M <sup>a</sup> MAGDALENA	SES SALINES
SALOM BARCELO, AINA	ARTA
SASTRE BARCELO - SASTRE BARCELO	PORRERES
SERVERA - SERVERA	MONTUIRI
SUREDA - PEDRALS	MANACOR
TRUEBA FERNANDEZ, AMPARO	FELANITX
VIDAL MAS, M <sup>a</sup> MAGDALENA	SANTANYI - S'ALQUERIA BLANCA
VIDAL MUNAR, CATALINA	SANTANYI

## ANEXO 2. CUESTIONARIO DE SALUD CASTELLANO/CATALÁN

# CUESTIONARIO DE SALUD PARA FARMACIAS

(Marcar con una X la casilla correspondiente)

1. ¿Ha observado sangre en las heces por hemorroides o menstruación?

NO

Entregar COLECTOR

SÍ

Entregar COLECTOR

Indiquen que se puede **recoger la muestra 3 días después de no observar sangre** en las heces.

2. ¿Le han realizado una colonoscopia en los últimos 5 años?

NO

Entregar COLECTOR

SÍ

NO entregar COLECTOR

Para más información puede ponerse en contacto con la **Oficina Técnica del Programa: 900 102 560.**

**En el supuesto que se haya realizado una colonoscopia pero no recuerde la fecha de ésta, hay que entregar el KIT.**

3. ¿Tiene antecedentes personales de cáncer de colon y recto o de enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn)?

NO

Entregar COLECTOR

SÍ

NO Entregar COLECTOR

Para más información puede ponerse en contacto con la **Oficina Técnica del Programa: 900 102 560.**

4. ¿Tiene antecedentes familiares de cáncer de colon y recto?:

- 2 familiares de primer grado (padres, hermanos o hijos) diagnosticados de cáncer de colon y recto, o
- 1 familiar de primer grado diagnosticado de cáncer de colon y recto **antes de los 60 años.**

NO

Entregar COLECTOR

SÍ

NO Entregar COLECTOR

Para más información puede ponerse en contacto con la **Oficina Técnica del Programa: 900 102 560.**

## QÜESTIONARI DE SALUT PER A FARMÀCIES

(Marcau amb una X la casella corresponent)

1. Heu observat sang en la femta per hemorroides o menstruació?

 NO SÍ

Entregau COLECTOR

Entregau COLECTOR

Indicau que es pot recollir la mostra **quan passin 3 dies sense veure sang als excrements.**

2. Us han fet una colonoscòpia en els darrers 5 anys?

 NO SÍ

Entregau COLECTOR

**NO entregau COLECTOR**

Per a més informació podeu posar-vos en contacte amb  
**l'Oficina Tècnica del Programa: 900 102 560.**

**En el supòsit que s'hagi realitzat una colonoscòpia però no recorda la data en què se la va fer, entregau KIT.**

3. Teniu antecedents personals de càncer de còlon o recte o de malaltia inflamatòria intestinal (colitis ulcerosa o malaltia de Crohn)?

 NO SÍ

Entregau COLECTOR

**NO entregau COLECTOR**

Per a més informació podeu posar-vos en contacte amb  
**l'Oficina Tècnica del Programa: 900 102 560.**

4. Teniu antecedents familiars de càncer de còlon i recte?

- 2 familiars de primer grau (pares, germans o fills) diagnosticats de càncer de còlon i recte
- o
- 1 familiar de primer grau diagnosticat de càncer de còlon i recte **abans dels 60 anys**

 NO SÍ

Entregau COLECTOR

**NO entregau COLECTOR**

Per a més informació podeu posar-vos en contacte amb  
**l'Oficina Tècnica del Programa: 900 102 560.**

## ANEXO 3. APLICACIÓN WEB

### REQUISITOS PREVIOS

Para utilizar la aplicación es necesario disponer de un lector de tarjetas inteligentes y un certificado digital que identifique al responsable de la farmacia.

Es necesario utilizar el navegador Google Chrome, Mozilla Firefox o Internet Explorer 9

### ACCESO A LA APLICACIÓN

Para acceder a la aplicación debemos ir a la dirección: [www.infocolon.caib.es](http://www.infocolon.caib.es)

En el menú de la izquierda, veremos que tenemos un acceso para farmacéuticos en el apartado de farmacias.

PROGRAMA DE DETECCIÓ PRECOÇ DEL CÀNCER DE CÒLON

GOIB

PDPCCR

Per l'usuari

Història d'activitats

Memòries

On som

Contacte

CIUTADANS

Risques de càncer colorectal

Prova de detecció precoç

Vídeo informatiu

Preguntes freqüents

FARMÀCIES i LABORATORIS

Farmàcies col·laboradores

Accés per als farmacèutics

● **AVÍS MOLT IMPORTANT PER A LES FARMÀCIES DE MALLORCA QUE COL-LABOREN AMB EL PDPCCR**  
canvis a partir d'octubre a la recollida de documentació de les farmàcies col·laboradores del Programa de Detecció Precoç de Càncer de Colò i Recto de les Illes Balears (Mallorca)  
[Tota la informació aquí](#)

PRESENTACIÓ DEL PDPCCR

Programa de Detecció Precoç de Càncer de Colò i Recto de les Illes Balears

La Conselleria de Salut ha posat en marxa el programa de detecció precoç de càncer de colò i recte, dirigit a dones i homes de 50 a 69 anys residents a les Illes Balears.

El Programa es durà a terme per etapes, atenent els sectors sanitaris i es començarà pels sectors Tramuntana (Hospital d'Inca), Menorca, Eivissa i Formentera. Amb el temps s'incorporaran els altres sectors fins arribar a tots els homes i dones de 50 a 69 anys de Illes Balears.  
**PROGRAMA DIRIGIT A PERSONES RESIDENTS A LES ILLES BALEARS**

L'objectiu del Programa és detectar, de forma precoç, un càncer o una lesió que pugui arribar a ser maligna. Aquesta detecció precoç té dues etapes:  
1. Detecció de sang, no visible, en femta.  
2. Realització d'una colonoscòpia en cas que es detecti sang a la prova anterior.  
El Programa consisteix en oferir gratuïtament el col·lector necessari per a la recollida de femta en el domicili i una colonoscòpia posterior si es troba sang en la femta. Des de la Conselleria de Salut s'enviaran cartes d'invitació a participar en el Programa a dones i homes de 50 a 69 anys i dels sectors sanitaris corresponents a cada etapa. Aquest Programa es du a terme amb la col·laboració del Col·legi Oficial de Farmacèutics de les Illes Balears.

Telèfon d'Informació del Programa

Al pulsar en el enlace, y si todavía no hemos accedido al sistema, nos aparecerá la pantalla de autenticación. Para autenticarnos debemos tener configurado el sistema de firma electrónica, y disponer de un certificado digital.

Para autenticarse, pulsar el botón "inicia", y escoger el certificado digital correspondiente a la persona acreditada de la farmacia.

  
**Govern de les Illes Balears**

Inicio

**Módulo de Autenticación**

Este módulo requiere autenticación. Puede usar cualquier vía de autenticación permitida.:

**Cómo identificarme**

**Certificado Digital**

Necesitará un Certificado Digital reconocido por el Govern de les Illes Balears [Más información](#)

[Δ+ / Δ](#)

[cataà](#) [castellano](#)

Una vez hayamos accedido a la aplicación, nos aparecerá la siguiente pantalla:

**Govern de les Illes Balears**  
Conselleria de Salut i Consum

**Cuestionario de entrega de kits**

Infocolon: 900 102 560  
infocolon@caib.es

Se ha identificado como farmacia con código PM999

1.- ¿Ha observado sangre en las heces por hemorroides o menstruación?

No   
Sí

2.- ¿Le han realizado una colonoscopia en los últimos 5 años?

No   
Sí

Año en que se la realizaron

3.- ¿Tiene antecedentes personales de cáncer de colon-recto o de enfermedad Inflamatoria Intestinal (Colitis ulcerosa o Enfermedad de Crohn)?

No   
Sí

4.- ¿Tiene antecedentes familiares de cáncer colorrectal?

- 2 familiares de primer grado (padres, hermanos o hijos) diagnosticados de CCR
- 1 familiar de primer grado diagnosticado de CCR antes de los 60 años.

No   
Sí

Código de kit:

Código de carta:

Debemos introducir todas las respuestas del cuestionario, el código de la carta con la que el participante se presenta a la farmacia y el código del colector entregado (en caso de que se haya entregado).

**En la pregunta 2:** ¿Le han realizado una colonoscopia en los últimos 5 años? Es necesario seleccionar la fecha aproximada de realización de la colonoscopia. En caso de que el participante no recuerde el día y el mes exacto, indicar una fecha cualquiera del año en que se la realizaron. Si no recuerda el año, seleccionar una fecha de hace tres años (por ejemplo, si el año actual es 2018, seleccionar una fecha de 2015). De esta manera nos aseguramos que se le volverá a invitar dentro de 2 años. En este caso, se hará una exclusión **TEMPORAL** del programa (5 años desde la fecha de la colonoscopia).

**En la pregunta 3:** Se trata de antecedentes **personales** de cáncer de colon y recto o enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa), es decir, de la persona que va a participar, no de sus familiares. En este caso se hará una exclusión **DEFINITIVA** del programa.

**En la pregunta 4:** Se trata de antecedentes de cáncer de colon y recto de los **familiares** de la persona que participa. Muy importante tener en cuenta:

- Siempre deben ser familiares de **primer grado** (padres, hermanos o hijos).
- Si se trata de 1 solo familiar, debe haber sido diagnosticado antes de los 60 años.
- Si se trata de 2 o más familiares, no hace falta tener en cuenta la edad.

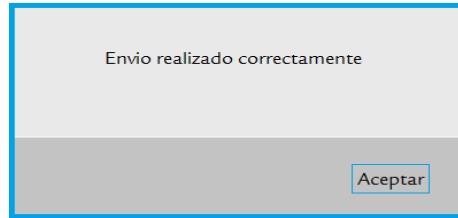
En este caso se hará una exclusión **DEFINITIVA** del programa. Asegurarse de que la persona está en seguimiento por parte de digestivo. En caso contrario, indicarle que debe ponerse en contacto con la OTP para su derivación.

**La aplicación nos indicará en qué casos debemos dar o no el colector al participante.**

**Si la aplicación indica que no se debe entregar el colector, pero éste haya sido entregado, será necesario introducir el código del mismo.**

Si existiera algún problema con el lector de código de barras, se pueden introducir los datos a mano tecleando todos los números y letras, incluso los guiones que aparecen en el código de la carta. A continuación, pulsar el botón "Registrar cuestionario".

**Si el cuestionario se registra correctamente, aparecerá un mensaje:**



**En caso de error, aparecerá otro mensaje indicando el error.**

A continuación mostramos ejemplos de cuestionarios rellenados:

### ***No entregar el colector***

## Cuestionario de entrega de kits

Se ha identificado como farmacia con código PM888

**Recuerde que es necesario responder todas las preguntas del cuestionario**

1.- ¿Ha observado sangre en las heces por hemorroides o menstruación?

No  Sí

2.- ¿Le han realizado una colonoscopia en los últimos 5 años?

No  Sí

Fecha aproximada en la que se la realizaron

3.- ¿Tiene antecedentes personales de cáncer de colon-recto o de enfermedad Inflamatoria Intestinal (Colitis ulcerosa o Enfermedad de Crohn)?

No  Sí

4.- ¿Tiene antecedentes familiares de cáncer colorrectal?

- 2 familiares de primer grado (padres, hermanos o hijos) diagnosticados de CCR

- 1 familiar de primer grado diagnosticado de CCR antes de los 60 años.

No  Sí

No entregar el KIT

Si lo desea puede ponerse en contacto con la Oficina Técnica del Programa para más información en el 900 102 560.

En caso que haya entregado el KIT, por favor regístrelo igualmente.

Código de kit:

Código de carta:

12054-7-644986

Registrar cuestionario

En el caso anterior, no debemos entregar el colector pero es necesario registrar el cuestionario. Para ello introducimos el código de la carta con la que el participante se presenta en la farmacia y pulsamos el botón "registrar cuestionario".

Si el cuestionario se registra correctamente, aparecerá un mensaje con el texto "Envío realizado correctamente", tal y como se puede observar en la siguiente imagen:

Govern de les Illes Balears  
Conselleria de Salut i Consum

Cuestionario de entrega de kits

(info colon: 900 102 560)  
infocolon@caib.es

Se ha identificado como farmacia con código PM999

1.- ¿Ha observado sangre en las heces por hemorroides o menstruación?

No   
Sí

Indicar que puede recoger la muestra o observar sangre en las heces

2.- ¿Le han realizado colonoscopia en los últimos 5 años?

Año en que se realizó:

3.- ¿Tiene antecedentes personales de cáncer de colon-recto o de enfermedad Inflammatoria Intestinal (Colitis ulcerosa o Enfermedad de Crohn)?

No   
Sí

4.- ¿Tiene antecedentes familiares de cáncer colorrectal?

- 2 familiares de primer grado (padres, hermanos o hijos) diagnosticados de CCR  
- 1 familiar de primer grado diagnosticado de CCR antes de los 60 años.

No   
Sí

**No entregar el KIT**  
Si lo desea puede ponerse en contacto con la Oficina Técnica del Programa para más información en el 900 102 560.  
En caso que haya entregado el KIT, por favor registrelo igualmente.

Código de kit:

Código de carta:

Registrar cuestionario

## Colector entregado cuando no debería haberse entregado

En caso que hayamos entregado el colector, pero en el cuestionario se nos indique que no deberíamos entregarlo, debemos introducir el código del colector entregado y el código de la carta con la que el participante se presenta en la farmacia y pulsamos el botón "registrar cuestionario".

como se muestra en la siguiente imagen:

### Cuestionario de entrega de kits

Se ha identificado como farmacia con código PM888

**⚠ Recuerde que es necesario responder todas las preguntas del cuestionario**

1.- ¿Ha observado sangre en las heces por hemorroides o menstruación? [?](#)

No  Sí

2.- ¿Le han realizado una colonoscopia en los últimos 5 años? [?](#)

No  Sí

Fecha aproximada en la que se la realizaron

3.- ¿Tiene antecedentes personales de cáncer de colon-recto o de enfermedad Inflamatoria Intestinal (Colitis ulcerosa o Enfermedad de Crohn)? [?](#)

No  Sí

4.- ¿Tiene antecedentes familiares de cáncer colorrectal? [?](#)

- 2 familiares de primer grado (padres, hermanos o hijos) diagnosticados de CCR
- 1 familiar de primer grado diagnosticado de CCR antes de los 60 años.

No  Sí

**No entregar el KIT**  
Si lo desea puede ponerse en contacto con la Oficina Técnica del Programa para más información en el 900 102 560.  
En caso que haya entregado el KIT, por favor regístrelo igualmente.

Código de kit:  Código de carta:

**Registrar cuestionario**

Si el cuestionario se registra correctamente, aparecerá un mensaje con el texto "Envío realizado correctamente".

### ***Entregar el colector, y recordar al participante que debe recoger la muestra pasados unos días***

En el caso en que el participante responda afirmativamente a la primera pregunta y negativamente a las demás, debemos entregar el colector y recordarle que debe recoger la muestra pasados tres días desde que deje de observar sangre en las heces.

## Cuestionario de entrega de kits

Se ha identificado como farmacia con código PM888

⚠ Recuerde que es necesario responder todas las preguntas del cuestionario

1.- ¿Ha observado sangre en las heces por hemorroides o menstruación? ?

No  Sí

⚠ Indicar que puede recoger la muestra 3 días después de no observar sangre en las heces

2.- ¿Le han realizado una colonoscopia en los últimos 5 años? ?

No  Sí

Fecha aproximada en la que se la realizaron

3.- ¿Tiene antecedentes personales de cáncer de colon-recto o de enfermedad Inflamatoria Intestinal (Colitis ulcerosa o Enfermedad de Crohn)? ?

No  Sí

4.- ¿Tiene antecedentes familiares de cáncer colorrectal? ?

- 2 familiares de primer grado (padres, hermanos o hijos) diagnosticados de CCR

- 1 familiar de primer grado diagnosticado de CCR antes de los 60 años.

No  Sí

Código de kit: ?

yz24fr

Código de carta: ?

12054-7-644986

Registrar cuestionario

Introducimos el código del colector entregado y el código de la carta con la que el participante se presenta en la farmacia, y pulsamos el botón "registrar cuestionario".

Si el cuestionario se registra correctamente, aparecerá un mensaje con el texto "Envío realizado correctamente".

## Entregar el colector

En caso que el participante responda negativamente a todas las respuestas:

### Cuestionario de entrega de kits

Se ha identificado como farmacia con código PM888

⚠ Recuerde que es necesario responder todas las preguntas del cuestionario

1.- ¿Ha observado sangre en las heces por hemorroides o menstruación? [?](#)

No  Sí

2.- ¿Le han realizado una colonoscopia en los últimos 5 años? [?](#)

No  Sí

Fecha aproximada en la que se la realizaron

3.- ¿Tiene antecedentes personales de cáncer de colon-recto o de enfermedad Inflamatoria Intestinal (Colitis ulcerosa o Enfermedad de Crohn)? [?](#)

No  Sí

4.- ¿Tiene antecedentes familiares de cáncer colorrectal? [?](#)

- 2 familiares de primer grado (padres, hermanos o hijos) diagnosticados de CCR
- 1 familiar de primer grado diagnosticado de CCR antes de los 60 años.

No  Sí

Código de kit: [?](#)

Código de carta: [?](#)

Entregamos el colector, introducimos el código del colector y el código de la carta con la que el participante se presenta a la farmacia y pulsamos el botón "registrar cuestionario".

Si el cuestionario se registra correctamente, aparecerá un mensaje con el texto "Envío realizado correctamente".

**ANEXO 5: IDENTIFICATIVO DE FARMACIA COLABORADORA DEL PDPCCR-IB**



## **6. IDENTIFICACIÓN Y CODIFICACIÓN DEL DOCUMENTO**

Título: Procedimiento de actuación Farmacéutica.

Versión: 3

Fecha: 12 de abril de 2018