



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Prestación Farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud

JORGE IGNACIO JIMÉNEZ ARCE
Farmacéutico Atención Primaria. Área VII



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

PRESTACIÓN FARMACÉUTICA

- Medicamentos, Productos Sanitarios y Actuaciones:
 - Pacientes los reciban de forma adecuada:
 - Necesidades clínicas.
 - Dosis precisas individualizadas.
 - Período de tiempo adecuado.
 - Menor coste posible → ellos y para la comunidad.

Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los
Medicamentos y productos sanitarios



Receta Médica



Documento normalizado por el que los facultativos Médicos, Odontólogos y Podólogos prescriben la medicación al paciente para su dispensación por las Oficinas de Farmacia.

Orden de Dispensación:

Enfermeros especialmente acreditados

**Cuerpo
receta**

**Volante
instrucciones**



Clasificación de Recetas

MANUAL IMPRESA ELECTRÓNICA

- Nuevo modelo receta (RD 17182010) → A4 - OMI
- Accidentes de Trabajo P3/6 → A4 - OMI
- Campaña Sanitaria (antivirales Gripe) → A4 – OMI
- Medicamentos no Financiados → A4 – OMI (Plantilla)
- Medicamentos Estupefacientes
- Recetas Privadas: MUFACE, MUGEJU, ISFAS, Clínicas
- Órdenes Médicas / SELENE.

Recetas : Nuevo modelo

SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

ENFERMEDAD COMÚN O ACCIDENTE NO LABORAL

Sistema Nacional de Salud

PRESCRIPTOR (datos de identificación)

He recibido el talonario de recetas del Servicio de Salud del Principado de Asturias con la clave y el número abajo impreso.

Fecha y firma

TR3 0005976



Responsabilidad y Custodia

Una vez recepcionada la receta la responsabilidad es del *Médico Prescriptor*

-La *Pérdida o Robo* → Denuncia a la Guardia Civil.

Enviar la denuncia al SFAP.





Datos a consignar en receta

OBLIGATORIOS:

- **Médico:** nombre, colegiado - **CIAS** / CPF.
- **Paciente:** nombre, fecha de nacimiento, N° identificación (**CIP-ASTUR**), Cód Aportación.
- **Medicamento:** nombre (DCI o Marca, EFG), forma, vía, dosis
- Presentación: unidades envase
- Envases, Posología y Duración Tratamiento
- Fecha Prescripción: Fecha de cumplimentación de la receta.
- Fecha prevista de Dispensación
- N° Orden de Dispensación
- **Firma**

Recetas: Nuevo modelo

SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS		ENFERMEDAD COMÚN O ACCIDENTE NO LABORAL		Sistema Nacional de Salud	
MÉDICA	PRESCRIPCIÓN (Consignar el medicamento - forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase) Núm. env./uds. <input type="text"/>	Duración tratamiento Posología Unidades Paula	PACIENTE (Nombre y apellidos, año de nacimiento y número de identificación)		
		N° Orden dispensación <input type="text"/>	PRESCRIPTOR (Datos de identificación y firma) <i>CIAS / CPF</i> <i>NOMBRE Y APELLIDOS</i> <i>N° COLEGIADO</i> Fecha de la prescripción ____ / ____ / ____		
		Fecha prevista dispensación ____ / ____ / ____			
	Información al farmacéutico y visado, en su caso		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación, fecha de dispensación)		
Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento <input type="checkbox"/> Precio de referencia		Firma del Farmacéutico			
<small>Prevalida para dispensación en su caso de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los tres meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia.</small>		 TR3 0005976 00		F de Cumplimentación de la Receta <small>Farmacéutica, cuyo órgano responsable es SEAMA (Servicios Centrales). Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el "SESPA (Servicios Centrales)".</small>	

Orden en las dispensaciones renovables

Fecha prevista dispensación.

Fecha a partir de la cual se puede dispensar.

1º. día del periodo de validez:

(10 días, de forma general).

2º. 10 días antes de la fecha de finalización de la medicación.

* En recetas visadas prevalece la fecha de éste.



Datos a consignar en receta

NO OBLIGATORIOS

- Información al farmacéutico y visado en su caso
- Instrucciones al paciente
- Diagnóstico si procede

ENMIENDAS:

- Recetas informatizadas: **No** admiten ninguna enmienda.
- Recetas manuales: Deben ir subsanadas por la Firma del prescriptor.

Recetas: Nuevo modelo

SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS		ENFERMEDAD COMÚN O ACCIDENTE NO LABORAL		Sistema Nacional de Salud					
INFORMACIÓN AL PACIENTE	PRESCRIPCIÓN (Consignar el medicamento - forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase) Núm. env./uds. <input type="text"/>		Duración tratamiento Posología <table border="1"> <tr> <th>Unidades</th> <th>Pauta</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		Unidades	Pauta			PACIENTE (Nombre y apellidos, año de nacimiento y número de identificación) PRESCRIPTOR (Datos de identificación y firma) Fecha de la prescripción ____ / ____ / ____
	Unidades	Pauta							
	DIAGNÓSTICO (si procede) 		N° Orden dispensación <input type="text"/> Fecha prevista dispensación ____ / ____ / ____						
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede) 									
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		TR3 0005976 00							
P. 3 DIN A4		En cumplimiento del art. 5 de la Ley Orgánica 15/99, se informa de que estos datos serán incorporados al fichero "Gestión Prestación Farmacéutica", cuyo órgano responsable es "SESPA (Servicios Centrales)". Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el "SESPA (Servicios Centrales)".							



Validez de la receta

- 10 días naturales a partir de la Prescripción
- 90 Días: Vacunas Individualizadas:
 - Extractos Alérgicos.
 - Bacterianas.



Medicamentos por receta

Norma General

Medicamentos, P Sanitarios, F Magistrales, P Oficinales

Sistema Público, Privado; Financiado o No Financiados

- Un Medicamento por receta
- Un Envase por receta
- TT 3 meses (Env Unidosis podrían tener un plazo distinto).
- TT Crónicos 6 meses.



Medicamentos por Receta

Excepciones

- De 1 a 4 envases sin superar 3 meses
 - J01: Antibióticos sistémicos (unidosis)
 - 1-4 Envases por Vía Parenteral
 - 1-2 Envases por el resto de vías.
 - 1 Envase
 - J01E: Sulfamidas (Cotrimoxazol), Trimetoprim
 - J01M: Quinolonas (Ciprofloxacino)
 - J01R Combinaciones (Eritromicina + fosfomicina)
 - H01AC01: Hormona del Crecimiento (Somatropina).
 - Diagnostico Hospitalario (DH): (Piroxicam, Ribavirina ...)
 - A10A: Insulina en vial multidosis (**No** cartuchos multidosis: 1 R / 1 M).
- **ESTUPEFACIENTES**
 - 1 Receta / 1 Medicamento → 4 Envases (3 meses)




Clasificación de Recetas

MANUAL IMPRESA ELECTRÓNICA

- Nuevo modelo receta (RD 17182010) → A4 - OMI
- Accidentes de Trabajo P3/6 → A4 - OMI
- Campaña Sanitaria (antivirales Gripe) → A4 – OMI
- Medicamentos no Financiados → A4 – OMI (Plantilla)
- Medicamentos Estupefacientes
- Recetas Privadas: MUFACE, MUGEJU, ISFAS, Clínicas
- Órdenes Médicas.

Recetas accidente de trabajo (P3/6)

 **SERVICIO DE SALUD**
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS


ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL

Sistema Nacional de Salud

MÉDICO (datos de indentificación)

He recibido el talonario de recetas del Servicio de Salud del Principado de Asturias con la clave y el número abajo impreso

Fecha y firma


TE0 0000604


P. 3/6

RECETA ORDINARIA

SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS		ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL		Sistema Nacional de Salud	
CUERPO DE RECETA P. 3/6 -Esta receta caduca a los DIEZ DÍAS. No será válida con enmiendas o raspaduras. -El beneficiario puede retirar en cualquier farmacia los medicamentos prescritos.	PRESCRIPCIÓN (consignar el producto. En caso de medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía administración, dosis por unidad, número de unidades por envase)	Duración tratamiento Posología: Unidades/toma Cada horas	PACIENTE (nombre, apellidos, año de nacimiento y número de identificación)		
	DPS Nº env.	Fecha de prescripción / /	MÉDICO (datos de identificación y firma)		
	CUPONES PRECINTO	Advertencias al farmacéutico	FARMACIA (datos de identificación, fecha de dispensación y firma)		
		Empresa Entidad Aseguradora (INSS o Mutua)			
		 TEO 0000604 00			

SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS		ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL		Sistema Nacional de Salud	
INSTRUCCIONES AL PACIENTE P. 3/6 En cumplimiento del Art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, se informa que los datos de la receta van a ser incorporados al fichero "Gestión de la Prestación Farmacéutica" para la gestión y control de la misma, cuyo órgano responsable es el SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS. La posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición podrán realizarse a través de las Gerencias de Atención Primaria del SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.	PRESCRIPCIÓN (consignar el producto. En caso de medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía administración, dosis por unidad, número de unidades por envase)	Duración tratamiento Posología: Unidades/toma Cada horas	PACIENTE (nombre, apellidos, año de nacimiento y número de identificación)		
	DPS Nº env.	Fecha de prescripción / /	MÉDICO (datos de identificación y firma)		
	DIAGNÓSTICO (si procede)	INSTRUCCIONES DEL FARMACÉUTICO (si procede)			
	INSTRUCCIONES AL PACIENTE				
		TEO 0000604 00			

Recetas: Sustitución por el

SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS		ENFERMEDAD COMÚN O ACCIDENTE NO LABORAL		Sistema Nacional de Salud	
RECETA MÉDICA	PRESCRIPCIÓN (Consignar el medicamento - forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase) Núm. env./uds. <input type="text"/>		Duración tratamiento Posología Unidades Paula		PACIENTE (Nombre y apellidos, año de nacimiento y número de identificación) PRESCRIPTOR (Datos de identificación y firma) Fecha de la prescripción ____ / ____ / ____ FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación, fecha de dispensación)
	<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; text-align: center;"> CUPONES PRECINTO O ASIMILADO </div>		N° Orden dispensación <input type="text"/>		
			Fecha prevista dispensación ____ / ____ / ____		
			Información al farmacéutico y visado, en su caso		
<p>La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para dispensación o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los tres meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia.</p>		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento <input type="checkbox"/> Precio de referencia		Firma del Farmacéutico	
		 TR3 0005976 00		<p>En cumplimiento del art. 5 de la Ley Orgánica 15/99, se informa de que estos datos serán incorporados al fichero "Gestión Prestación Farmacéutica", cuyo órgano responsable es "SESPA (Servicios Centrales)". Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el "SESPA (Servicios Centrales)".</p>	

Sustituciones por el farmacéutico

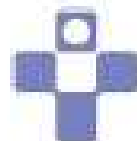
- No sustituibles sin autorización expresa médico
 - A01A: Insulinas
 - B01AA: Anticoag. VO (AntaG Vit. K) (Acenocumarol ...)
 - B02BD 02 y 04: Factores coagulación VIII y IX
 - C01A: Glucósidos Cardíacos (Digoxina ...)
 - M monitorización de niveles (EMT) (Carbamazepina ...)
 - M Especial Control Médico (ECM) (Talidomida ...)
 - M aparato respiratorio (vía inhalatoria).
 - **ESTUPEFACIENTES**



Clasificación de Recetas

MANUAL IMPRESA ELECTRÓNICA

- Nuevo modelo receta (RD 17182010) → A4 - OMI
- Accidentes de Trabajo P3/6 → A4 - OMI
- **Campaña Sanitaria** (antivirales Gripe) → A4 – OMI
- Medicamentos no Financiados → A4 – OMI (Plantilla)
- Medicamentos Estupefacientes
- Recetas Privadas: MUFACE, MUGEJU, ISFAS, Clínicas
- Órdenes Médicas.



FICHA DE PRESCRIPCIÓN DE ANTIMIRALES FRENTE A GRIPE (GAP VII)

Prescripción (marcar el cuadro correspondiente) <input type="checkbox"/> Zanamivir (Relenza®) inhalador 5 mg/dosis, 20 dosis <input type="checkbox"/> Osetamivir (Tamiflu®) cápsulas 75 mg, 10 cápsulas <input type="checkbox"/> Osetamivir (Tamiflu®) solución 15 mg/ml, 50 ml <input type="checkbox"/> Osetamivir (Tamiflu®) comprimidos 30 mg Nº envases: _____ (para comprimidos de 30 mg indicar nº de comprimidos)	Duración tratamiento	Médico (datos de identificación y firma)
	Posología (unidades por toma) _____ / 12 h	
	Fecha prescripción	Centro Sanitario
Factor de riesgo del paciente <input type="checkbox"/> Enf. grave que indica hospitalización <input type="checkbox"/> Embarazadas <input type="checkbox"/> Asma, EPOC <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal moderada-grave <input type="checkbox"/> Otra enfermedad crónica <input type="checkbox"/> Inmunosupresión <input type="checkbox"/> Obesidad mórbida <input type="checkbox"/> TT. prolongado con salicilatos	Paciente (nombre, apellidos, año de nacimiento, nº TSI) Grupo de edad del paciente (años) <input type="checkbox"/> <1 <input type="checkbox"/> 1-12 <input type="checkbox"/> 13-64 <input type="checkbox"/> 65 y más	

Nota: Preferentemente para la *Filiación del Paciente e Identificación del Médico*, utilizad un *Etiqueta* (o el *Sello* en su defecto).



Clasificación de Recetas

MANUAL IMPRESA ELECTRÓNICA

- Nuevo modelo receta (RD 17182010) → A4 - OMI
- Accidentes de Trabajo P3/6 → A4 - OMI
- Campaña Sanitaria (antivirales Gripe) → A4 – OMI
- **Medicamentos no Financiados** → A4 – OMI (Plantilla)
- Medicamentos Estupefacientes
- Recetas Privadas: MUFACE, MUGEJU, ISFAS, Clínicas
- Órdenes Médicas.

RECETAS BLANCAS

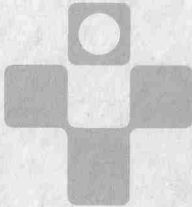
- Excluidos Oferta SS pero precisan Receta.
- Vacunas.
- EFP.
- Otros.

FORMATOS:

- Formato Talonario Manual.
- Formato Plantilla OMI.


RECETAS BLANCAS

MEDICAMENTOS NO FINANCIADOS


 SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Dr. _____

Colegiado n.º _____


T - 70000832

RECETAS BLANCAS

 **SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS**


MEDICAMENTOS NO FINANCIADOS

Sistema Nacional de Salud


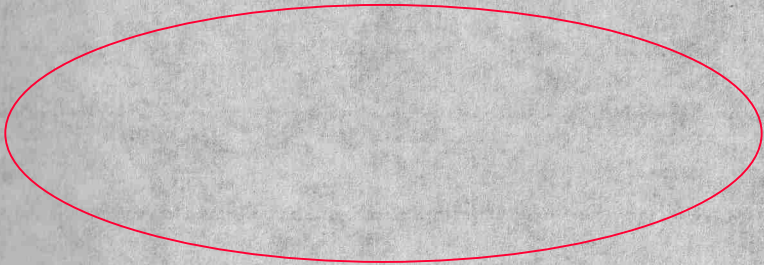

MÉDICO (datos de identificación)

He recibido el talonario de recetas del Servicio de Salud del Principado de Asturias con la clave y el número abajo impreso

Fecha y firma


T-70000832

RECETAS BLANCA

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS		MEDICAMENTOS NO FINANCIADOS		Sistema Nacional de Salud	
PACIENTE: (Datos de identificación)		MÉDICO: (Datos de identificación y firma)		INSTRUCCIONES AL FARMACÉUTICO (Si procede):	
		Fecha de prescripción			
NUMERO ENVASES	PRESCRIPCIÓN: Nombre del medicamento D.C.I. o marca, forma farmacéutica, vía de admón., dosis por unidad, n. unidades/envase			POSOLOGÍA:	DURACIÓN TRATAMIENTO
					
INSTRUCCIONES AL PACIENTE				 T-7000083200	

NO FACTURABLE

RECETAS BLANCAS

SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS		MEDICAMENTOS NO FINANCIADOS		Sistema Nacional de Salud	
PACIENTE: (Datos de identificación)		MÉDICO: (Datos de identificación y firma)		INSTRUCCIONES AL FARMACÉUTICO (Si procede):	
		Fecha de prescripción		POSOLOGÍA:	
NUMERO ENVASES	PRESCRIPCIÓN: Nombre del medicamento D.C.I. o marca, forma farmacéutica, vía de admón., dosis por unidad, n. unidades/envase				
INSTRUCCIONES AL PACIENTE				T-7 0000832 00	
				T-7000083201	

NO FACTURABLE



Clasificación de Recetas

MANUAL IMPRESA ELECTRÓNICA

- Nuevo modelo receta (RD 17182010) → A4 - OMI
- Accidentes de Trabajo P3/6 → A4 - OMI
- Campaña Sanitaria (antivirales Gripe) → A4 – OMI
- Medicamentos no Financiados → A4 – OMI (Plantilla)
- Medicamentos Estupefacientes
- Recetas Privadas: MUFACE, MUGEJU, ISFAS, Clínicas
- Órdenes Médicas.



Receta de Estupefacientes

- Fármacos **Listas I**, del Convenio Único de Estupefacientes de 1961 y sus modificaciones.
(Morfina, metadona, fentanilo, oxycodona ...)
- Fármacos **Listas II, III** sólo precisan receta ordinaria (Codeína, dextropropofoleno...)
- **No** pueden Prescribirse:
 - Lista IV (Drogas ILEGALES).

()*: **Buprenorfina (Transtec®)** y **Pentazocina (Sosegon®)** **no precisan receta de estupefacientes**



Receta de Estupefacientes

- Obligatoria para especialidades de sustancias estupefacientes (*):
 - **Morfina:** MST ®, Skenan ®, Oglos®, Sevredol®...
 - **Fentanilo:** Durogesic® , Actiq®
 - **Petidina:** Dolantina®
 - ...

(): Buprenorfina (Transtec ®) y Pentazocina (Sosegon ®) no precisan receta de estupefacientes*




Receta de Estupefacientes

- *Receta Electrónica.*
- *Receta Física: Informatizada y Manual*
- **Consignar:** Teléfono médico, nombre y apellidos, CIAS, N^o colegiado, Aportación.
- **Prescribir:**
 - 1 Medicamento.
 - 1 a 4 envases sin superar 90 días de TT
 - Posología/día y N^o días/Receta.
- **Adjuntar** la receta del SNS (**R. Manuales**)


Estupefacientes


RECETA OFICIAL DE ESTUPEFACIENTES

 SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Dr. _____

Colegiado n.º _____


TN10000639



Area Sanitaria VII
SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
Control de
Estupefacientes

Estupefacientes

SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

RECETA OFICIAL DE ESTUPEFACIENTES

Sistema Nacional de Salud

MÉDICO (nombre y apellidos, nº de colegiado)

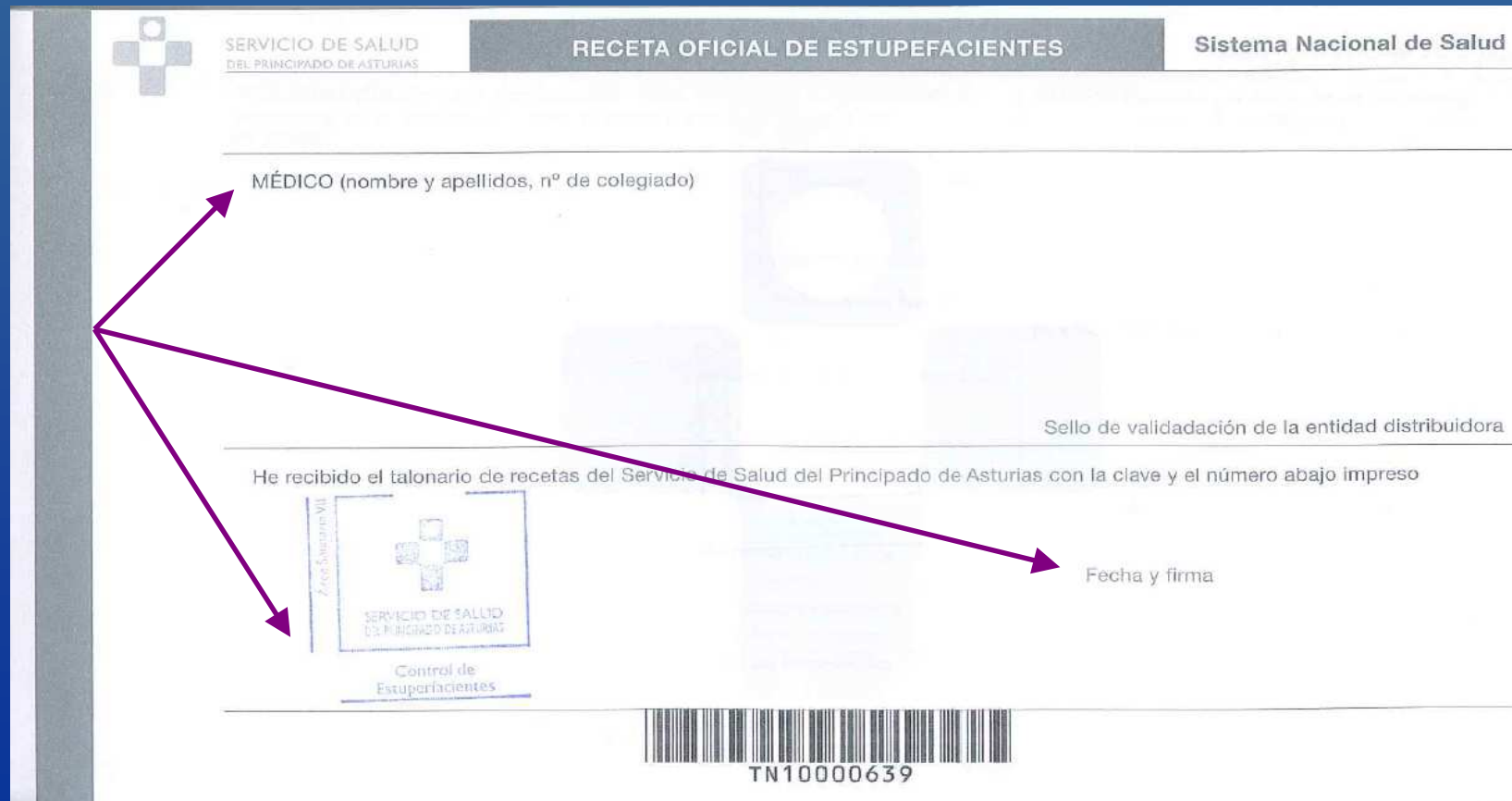
Sello de validación de la entidad distribuidora

He recibido el talonario de recetas del Servicio de Salud del Principado de Asturias con la clave y el número abajo impreso

Fecha y firma

Control de Estupefacientes

TN10000639

The image shows a screenshot of a prescription form for controlled substances (Estupefacientes) from the Servicio de Salud del Principado de Asturias. The form is titled 'RECETA OFICIAL DE ESTUPEFACIENTES' and is part of the 'Sistema Nacional de Salud'. It includes fields for the doctor's name and number, a validation stamp from the distributor, a receipt statement, a date and signature field, a control stamp, and a barcode with the number TN10000639. Three purple arrows originate from a point on the left side of the form, pointing to the 'MÉDICO' field, the 'Fecha y firma' field, and the 'Control de Estupefacientes' stamp.

Estupefacientes

SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS **Sistema Nacional de Salud**

PRESCRIPCIÓN (Consiguar el medicamento - forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase)

Núm. env./uds.

Duración tratamiento

Posología

Unidades	Pauta

Nº Orden dispensación

Fecha prevista dispensación

PACIENTE (Nombre y apellidos, año de nacimiento y número de identificación)

PRESCRIPTOR (Datos de identificación, teléfono y firma)

Fecha de la prescripción ____ / ____ / ____

FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación, fecha de dispensación)

RECETA MÉDICA

RECETA OFICIAL

CUPONES PRECINTO O ASIMILADO

Información al farmacéutico y visado, en su caso

SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Control de Estupefacientes

Motivo de la sustitución

Urgencia

Desabastecimiento

Precio de referencia

Firma del Farmacéutico

La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para dispensación o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los tres meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia.

En cumplimiento del art. 5 de la Ley Orgánica 15/99, se informa de que estos datos serán incorporados al fichero "Gestión Prestación Farmacéutica", cuyo órgano responsable es "SESPA (Servicios Centrales)". Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el "SESPA (Servicios Centrales)".

TN100063900

Estupefacientes

SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS		Sistema Nacional de Salud					
INFORMACIÓN AL PACIENTE	PRESCRIPCIÓN (Consiguar el medicamento - forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase) Núm. env./uds. <input type="text"/>	Duración tratamiento Posología <table border="1"> <tr> <td>Unidades</td> <td>Pauta</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Unidades	Pauta			PACIENTE (Nombre y apellidos, año de nacimiento y número de identificación) _____
	Unidades	Pauta					
	DIAGNÓSTICO (si procede) _____	N° Orden dispensación <input type="text"/> Fecha prevista dispensación ____ / ____ / ____	PRESCRIPTOR (Datos de identificación y firma) _____				
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede) ES IMPRESCINDIBLE LA PRESENTACIÓN DE LA TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL DEL PACIENTE.	Fecha de la prescripción ____ / ____ / ____						
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.	TN1 0000639 00	En cumplimiento del art. 5 de la Ley Orgánica 15/99, se informa de que estos datos serán incorporados al fichero "Gestión Prestación Farmacéutica", cuyo órgano responsable es "SESPA (Servicios Centrales)". Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el "SESPA (Servicios Centrales)".					

Estupefacientes Nuevo modelo

- Receta Unificada con leyenda en diagonal que la diferencie como R Estupefacientes.

Justificante de recepción del talonario	
Espacio reservado para logotipo de la autoridad sanitaria responsable de la edición del talonario	FACULTATIVO PRESCRIPTOR
	Nombre y apellidos
	Dirección
	Población
	N.º colegiado/Código identificación
	Teléfono
	DNI
	Provincia de
	Firma
He recibido el talonario de recetas oficiales de prescripción de estupefacientes con el código indicado en la parte inferior	
Sello validación Entidad distribuidora	Lugar, fecha y firma
CÓDIGO DE BARRAS	CÓDIGO DE TALONARIO

Receta oficial de estupefacientes para uso humano		
RECETA OFICIAL DE ESTUPEFACIENTES	Duración del tratamiento	PACIENTE (Nombre y apellidos, año de nacimiento, DNI/NIE o número de identificación).
PRESCRIPCIÓN (Consignar el medicamento – Forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase).	Posología	PRESCRIPTOR (Datos de identificación, teléfono y firma)
	Número envases / unidades	
ESPAICIO DESTINADO PARA CONTROL Y PROCESAMIENTO	ADMINISTRACIÓN COMPETENTE	Fecha de la prescripción / /
	SELLO DE VALIDACIÓN ENTIDAD DISTRIBUIDORA	FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación, fecha de la dispensación y firma)
La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha de prescripción.		
CÓDIGO DE BARRAS	CÓDIGO DE RECETA	

● DINA A4

Hoja de información al paciente		
HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE RECETA OFICIAL ESTUPEFACIENTES	Duración del tratamiento	PACIENTE (Nombre y apellidos, año de nacimiento, DNI/NIE o número de identificación).
PRESCRIPCIÓN (Consignar el medicamento – Forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase)	Posología	PRESCRIPTOR (Datos de identificación y firma)
Diagnóstico (si procede)	Unidades Pauta	Fecha de la prescripción / /
Instrucciones para el paciente		
CÓDIGO DE BARRAS	CÓDIGO DE RECETA	

- OMI AP.
- SELENE.



Receta de Estupefacientes

Tabla 1. RESUMEN DE CONTROLES DE **ESTUPEFACIENTES**

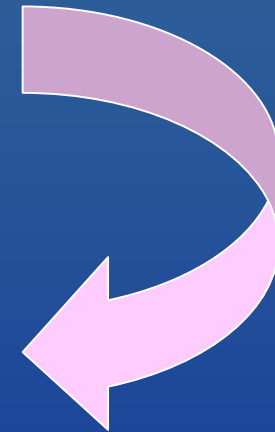
DNI	ESTUPEFACIENTES <u>Lista I CU 1961</u>		ESTUPEFACIENTES <u>Lista II CU 1961</u>		ESTUPEFACIENTES <u>Lista III CU 1961</u>
	Sustancias	Medicamentos	Sustancias	Medicamentos	Medicamentos
Anotación en el <u>libro de contabilidad de estupefacientes</u>	SI <i>Artículo 20 <u>RDROE</u></i>	SI <i>Artículo 9.7 y Artículo 20 <u>RDROE</u></i>	SI <i>Disposición adicional cuarta <u>RDROE</u></i>	NO	NO
Anotación en el <u>libro recetario</u>	NO	NO	NO	SI <i>Disposición adicional cuarta <u>RDROE</u></i>	NO
Identificación y anotación <u>DNI</u> de la persona que retira el medicamento	--	SI <i>Artículo 15.5 <u>RDRM</u> y Artículo 9.5 <u>RDROE</u></i>	--	SI <i>Artículo 15.5 <u>RDRM</u></i>	NO

(*): *Buprenorfina (Transtec®) y Pentazocina (Sosegon®) no precisan receta de estupefacientes*



Talonario de Estupefacientes

- Justificante de Recepción del Talonario
- 50 Recetas Numeradas:
 - Cuerpo
 - Volante de Instrucciones Paciente



Devolución Talonario antiguo:

-Recepción del Nuevo.

-Cese: Área sanitaria.

Colegio Médico.



Estupefacientes SOBRANTENTES

Devolución *Medicación* Sobrante:

-Servicio de Farmacia:

- *Atención Primaria.*
- *Hospitalaria.*
- *Consejería de Salud.*





Clasificación de Recetas

MANUAL IMPRESA ELECTRÓNICA

- Nuevo modelo receta (RD 17182010) → A4 - OMI
- Accidentes de Trabajo P3/6 → A4 - OMI
- Campaña Sanitaria (antivirales Gripe) → A4 – OMI
- Medicamentos no Financiados → A4 – OMI (Plantilla)
- Medicamentos Estupefacientes
- **Recetas Privadas:** MUFACE, MUGEJU, ISFAS, Clínicas
- Órdenes Médicas.



RECETA PRIVADA

- **Dos partes:** el cuerpo destinado al farmacéutico, y la hoja de información para el paciente.
-
- **1. El Prescriptor deberá consignar:**
- a) Datos del paciente: Nombre, apellidos, año de nacimiento, DNI del paciente o en su caso del tutor, Extranjeros el N° de pasaporte.
- b) Datos del medicamento:
-
- 1º. Denominación del principio/s activo/s o denominación del medicamento.
- 2º. Dosificación y forma farmacéutica, y cuando proceda, la mención de los destinatarios: lactantes, niños, adultos.
- 3º. Vía o forma de administración, en caso necesario.
- 4º. Formato: N° de unidades por envase o contenido del mismo en peso o volumen.
- 5º. N° de envases.
- 6º. Posología: N° unidades de administración / toma, v de tomas (por día, semana, mes) y duración total del TT.
- 7º. Cadencia del tratamiento: intervalo en días entre las dispensaciones, en su caso.
- 8º. Visado, en su caso.
-
- c) Datos del Prescriptor:
- 1º. El nombre y dos apellidos.
- 2º. Dirección donde ejerza.
- 3º. N° de colegiado o Código, N° de Tarjeta Militar y especialidad que ejerza.
- 4º. La fecha de prescripción (día, mes, año): fecha del día en el que se extiende la Receta.
- 5º. La fecha prevista de Dispensación (día, mes, año).
- 6º. N° de Orden de Dispensación de la Receta, TT Crónicos o Medicamentos de Dispensación renovable.
- 7º. La firma.
-
- **2. La hoja de información para el paciente.**
-
- **3. Claramente legibles, las correcciones deberán ser salvadas por nueva firma del Prescriptor.**



ADMINISTRACIÓN U ORGANISMO COMPETENTE		CONTINGENCIA		SISTEMA NACIONAL DE SALUD			
RECETA MÉDICA - RÉGIMEN DE USO	PRESCRIPCIÓN (Consignar el medicamento farmacéutico, vía de administración, dosis por unidades por envase) Núm. envases/unidades <input type="text"/>	2	Duración del tratamiento		1	Paciente (Nombre y apellidos, año de nacimiento y número de identificación)	
			Posología				
		unidades	pauta				
	CUPÓN PRECINTO O ASIMILADO	CUPÓN PRECINTO O ASIMILADO	3,6	Nº orden dispensación <input type="text"/>		3	Prescriptor (datos de identificación y firma)
				Fecha prevista dispensación / /			4
			Información al farmacéutico y visado, en su caso		7	Farmacia (NIF/CIF, datos de identificación, fecha de dispensación)	
CUPÓN PRECINTO O ASIMILADO	CUPÓN PRECINTO O ASIMILADO	Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento <input type="checkbox"/> Precio de referencia		7			
CUPÓN PRECINTO O ASIMILADO	CUPÓN PRECINTO O ASIMILADO	Firma del Farmacéutico					
La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para dispensación o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los tres meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia.		CÓDIGO DE RECETA		En cumplimiento del art. 5 de la Ley Orgánica 15/99, se informa de que estos datos serán incorporados al fichero "... para la gestión y control de la prestación farmacéutica, cuyo órgano responsable es "... Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante "... o en el telf....			



ADMINISTRACIÓN U ORGANISMO COMPETENTE	CONTINGENCIA	SISTEMA NACIONAL DE SALUD	
INDICACIÓN (Consiguar el medicamento – forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envases) Núm. envases/unidades <input type="text"/>	Duración del tratamiento	Paciente (Nombre y apellidos, año de nacimiento y número de identificación)	
	Posología		Enfermero/a (datos de identificación y firma)
	unidades pauta		
	Nº orden dispensación <input type="text"/>	Instrucciones al paciente (si procede)	
	Fecha prevista dispensación ____/____/____		
Diagnóstico/s (si procede)			
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.	CÓDIGO DE ORDEN	En cumplimiento del art. 5 de la Ley Orgánica 15/99, se informa de que estos datos serán incorporados al fichero "...” para la gestión y control de la prestación farmacéutica, cuyo órgano responsable es "...” Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante "...” o en el telf. ...	



Clasificación de Recetas

MANUAL IMPRESA ELECTRÓNICA

- Nuevo modelo receta (RD 17182010) → A4 - OMI
- Accidentes de Trabajo P3/6 → A4 - OMI
- Campaña Sanitaria (antivirales Gripe) → A4 – OMI
- Medicamentos no Financiados → A4 – OMI (Plantilla)
- Medicamentos Estupefacientes
- Recetas Privadas: MUFACE, MUGEJU, ISFAS, Clínicas
- Órdenes Médicas / **SELENE / MILENIUM.**



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

ORDEN HOSPITALARIA DE DISPENSACIÓN

- Médicos de los Servicios Hospitalarios.
- Medicamentos dispensado por los SFH
 - Pacientes **no** Ingresados.
 - Pacientes Hospitalizados.
 - Pacientes pertenecientes a **EC**.



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

HOSPITAL **SAN AGUSTIN**
SERVICIO DE FARMACIA

NHC: _____ Edad: 39
N: _____
FM: 16/07/1970 NSS: 33/
N: _____
CIAS: 0500201161
T: F. CITA: 22/01/2010
SERVICIO: MIR AC. RIZAR

**PRESCRIPCIÓN MEDICAMENTOS USO HOSPITALARIO
(PROSEREME V)**

IDENTIFICACION DEL MEDICO PRESCRIPTOR:

Nombre y apellidos: _____

Nº Colegiado: _____

Servicio: M. Interna

Diagnóstico: VIH ⊕

Medicamento/s:	Nombre	Presentación	Dosis/día
	<u>REYMATZ</u>	<u>1 comp/día</u>	
	<u>NORVIA</u>	<u>100 comp/día</u>	
	<u>TRUVADA</u>	<u>1 comp/día</u>	

Validez de la prescripción: _____

Fecha y firma

A cumplimentar por el Servicio de Farmacia:

Fecha próxima consulta: Mayo 2010

Fecha dispensación:	Medicamento	Unidades dispensadas	Fecha de próxima dispensación
<u>1-2-2010</u>	<u>Regalad 300</u>	<u>30</u>	<u>2-3-2010. 1ch10</u>
	<u>Truvada</u>	<u>30</u>	

**Protocolo de Uso: Indicación, Seguimiento
y Cumplimiento, Interacciones, Reacciones
adversas ...**

Autorización de retirada del medicamento a D./Dña.: _____

Horario de dispensación: **Lunes a Viernes de 10 a 13 h.**

Original blanco para el Servicio de Farmacia

Copia rosa para el enfermo. **imprescindible para las dispensaciones superiores a un mes**

Copia verde para la historia clínica

del

ORDEN MÉDICA

HOSPITAL SAN AGUSTIN

SERVICIO DE FARMACIA

Fecha/Hora: 25/02/2010

Cama: **604A**

Unidad: **UE-6N**

Servicio: **MEDICINA INTERNA**

F.Ingreso: **24/02/2010 18:57**

Paciente

NHC:

Episodio: **8492504**

Diagnóstico .Ingr.: **SDF**

Producto	Dosis / Vía	Pauta de Administración	Prescripciones	F. Inicio	Días
LACTULOSA (DUPHALAC 10 g/15 ml sobre)	15 ml ORAL	CADA 24 HORAS	SI PRECISA	25/02/2010	0
NADROPARINA (FRAXIPARINA 3800 UI/0,4 ml jcr)	0,4 ml SUBCUTANEA	CADA 24 HORAS	DIARIA	25/02/2010	0
FUROSEMIDA (FUROSEMIDA 20 mg amp)	INTRAVENOSA	09h-40mg 13h-40mg	(L-M-X-J-V-S-D)	24/02/2010	1
METILPREDNISOLONA (URBASON SOLUBLE 20 mg amp)	20 mg INTRAVENOSA	CADA 8 HORAS	DIARIA	25/02/2010	0
LEVOFLOXACINA (LEVOFLOXACINO 500 mg vial)	500 mg INTRAVENOSA	CADA 24 HORAS	DIARIA	25/02/2010	0
PARACETAMOL (TERMALGIN 500 mg comp)	500 mg ORAL	CADA 8 HORAS	SI PRECISA	24/02/2010	1
1 A LA CENA Y ADICIONALMENTE SI PRECISA LEVOMEPROMAZINA CLH (SINOGAN 40 mg/ml gotas)	10 gotas ORAL	ANTES DE ACOSTARSE(23H)	DIARIA	24/02/2010	1
CLOMETIAZOL (DISTRANEURINE 192 mg cap)	192 mg ORAL	A LA CENA	DIARIA	24/02/2010	1
PAROXETINA (PAROXETINA 20 mg comp.)	20 mg ORAL	DESAYUNO	DIARIA	24/02/2010	1
FROSINOR-SEROXAT IPRATROPIO BROMURO (BROMURO IPRATROPIO 500mcg amp) = ATROVENT	500 mcg NEBULIZACION	CADA 6 HORAS	DIARIA	24/02/2010	1
ACETILCISTEINA (FLUMIL FORTE 600 mg comp efer) = 3 SOBRES DE FLUMIL 200 MG	600 mg ORAL	CADA 24 HORAS	DIARIA	24/02/2010	1

Texto Asociado

25/02/2010
PACIENTE CON FILTRADO GLOMERULAR: 41 ML/MIN. SE RECOMIENDA
AJUSTAR DOSIS DE LEVOFLOXACINA A 250 MG/ 24 H LV (SEGUN FUNCION RENAL)
GRACIAS. SERVICIO DE FARMACIA

**1 ó Varios Medicamentos
1 ó Varios Envases**

Firma médico: _____

Fecha: _____

Hora: _____

Orden Médica del Paciente:

● Interacción.



Medicamentos

Uso Hospitalario (H)

- **Diagnóstico** por médico de A. Especializada
- **Prescripción:** siempre médico de AE
(Ketorolaco, Somatotropina, Daptomicina,
Docetaxel, Azatioprima, Midazolam ...)
- **Dispensación:**
 - Servicios de Farmacia de los Hospitales
 - Exentos de **aportación** (...)

MEDICAMENTOS

CON RESERVAS ESPECIALES:

DISPENSACIÓN HOSPITALARIA A PACIENTES NO HOSPITALIZADOS

APORTACIÓN REDUCIDA: 10% MÁX: 4,24€

Ribavirina, Levonorgestrel, Valganciclovir, Telaprevir, boceprevir, Colriflolitropina, gammaglobulina humana antihepatitis B, Palivizumab, Fidaxomicina, Tolvapatan, Capacitabina, Imatinib, Gefitinib, Erlotinib, Sunitinib, Sorafenib, Dasatinib, Lapatinib, Nilotinib, Everolimus, Pazopanib, Hidroxicarbanida, Bexaroteno, Abiraterona, Peginterferon alfa-2B, Peginterferon alfa-2^a, abatacept, Etanercept, Certolizumab, Ustekinumab, ac. Ibandrónico, Nabiximoles, Omalizumab, Veteporfina, m Gaxilosa.



Medicamentos de Diagnóstico Hospitalario (DH)

- **Diagnóstico** por médico de Atención Especializada
- **Prescripción:**
 - 1ª por médico de Atención Especializada
 - Sucesivas también por el médico de Atención Primaria.
(Piroxicam, Ribavirina ...)
- **Visado** de inspección.
- **Dispensación** por Oficinas de Farmacia
- **Aportación** que corresponda



ORDEN DE DISPENSACIÓN

- Profesionales Enfermeros
 - Facultados individualmente (acreditación).
 - En el ámbito de sus competencias



ADMINISTRACIÓN U ORGANISMO COMPETENTE		CONTINGENCIA	SISTEMA NACIONAL DE SALUD
ORDEN DE DISPENSACIÓN - RÉGIMEN DE USO	INDICACIÓN (Consignar el medicamento -forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase) Núm. envases/unidades <input type="text"/>	Duración del tratamiento	Paciente (Nombre y apellidos, año de nacimiento y número de identificación)
		Posología	
		unidades pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>	
		Fecha prevista dispensación ____/____/____	Enfermero/a (datos de identificación y firma)
CUPÓN PRECINTO O ASIMILADO	CUPÓN PRECINTO O ASIMILADO	Información al farmacéutico y visado, en su caso	Fecha de la indicación ____/____/____
CUPÓN PRECINTO O ASIMILADO	CUPÓN PRECINTO O ASIMILADO	Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento <input type="checkbox"/> Precio de referencia	Farmacia (NIF/CIF, datos de identificación, fecha de dispensación)
		Firma del Farmacéutico	
La validez de esta orden expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para dispensación o en su defecto de la fecha de indicación. La medicación prescrita no superará los tres meses de tratamiento. La orden es válida para una única dispensación en la farmacia.		CÓDIGO DE ORDEN	En cumplimiento del art. 5 de La Ley Orgánica 15/99, se informa de que estos datos serán incorporados al fichero "... para la gestión y control de la prestación farmacéutica, cuyo órgano responsable es "... Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante "... o en el telf....



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

RECETA ELECTRÓNICA



IMPLANTACIÓN DE RECETA ELECTRÓNICA

Año 2014-Diciembre PRINCIPADO DE ASTURIAS

AMBITO	Porcentaje de Envases Electrónicos	Número de Envases Electrónicos	Número de Envases
AREA SANITARIA I - JARRIO	50,89	55.516	109.097
AREA SANITARIA II - CANGAS DEL NARCEA	47,48	30.175	63.554
AREA SANITARIA III - AVILES	53,17	155.587	292.597
AREA SANITARIA IV - OVIEDO	39,26	222.632	567.026
AREA SANITARIA V - GIJON	63,50	353.380	556.481
AREA SANITARIA VI - ARRIONDAS	69,78	77.436	110.978
AREA SANITARIA VII - MIERES	75,59	116.429	154.023
AREA SANITARIA VIII - LANGREO	55,93	95.005	169.863
TOTAL AREAS	54,66	1.106.160	2.023.619
PRINCIPADO DE ASTURIAS	54,54	1.106.160	2.028.226



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

RECETA ELECTRÓNICA



- PRESCRIPTOR: Elimina el Papel.
 - Acceso en todo momento (1 año) → Varios Medicamentos y Envases.
 - Libera un 30% del Tiempo.
 - Firma electrónica.
 - Hoja informativa al paciente.
- VISADO: electrónico.
- PACIENTE: CIP → Elimina Burocracia.



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

RECETA ELECTRÓNICA



- FARMACIA: Dispensaciones TT mensuales.
 - Firma electrónica.
 - Registro de **Sustituciones**.
 - Pausado de Dispensaciones (En espera de la respuesta del médico).
- VALIDEZ de las RECETAS:
 - **1ª Dispensación**: 10 días Naturales (Imprescindible para activar).
 - Sigüientes Dispensaciones: Se inicia 10 días N previos a la finalización de la medicación, reajustándose la previsión de la siguiente dispensación en función de la fecha de recogida.



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

RECETA ELECTRÓNICA



- ASTURIAS
- Incluir el mayor número posible de pacientes.
- Validez: 12 Meses.
- Renovación: 1 día antes
- **Ojo** con ir adelantando las dispensaciones.
- El sistema sabe en todo momento lo que el paciente tiene.
- CIP: Mismo EAP
- **No** Visado.
- SI Estupefacientes
- **Sólo** Asturias



HOJA DE TRATAMIENTO
RECETA ELECTRÓNICA

Fecha: 21/04/2014

Número de Orden:
2124841

Número necesario para la dispensación

Datos del Paciente

Sr/a: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Fecha nacimiento: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
CIP Autonómico: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX



00000002124841



Datos del Médico

Médico: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
CIAS: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Nº Colegiado: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Datos del Tratamiento

Fecha Prescrip.	Producto			Posología			Indicaciones al paciente				Durac. Tratam. Días	Fecha Revisi.
	Código	Denominación	Tipo	Cant.	Período	Int.	Desayuno	Comida	Cena	Acostar		
21/04/14	PA3278	IRBESARTAN 150 MG 28 COMPRIMIDOS - DOE - PA3278	C	1.00	24	Horas	1	0	0	0	178	15/10/
21/04/14	749267	EDEMOX 250MG 20 COMPRIMIDOS -	C	1.00	8	Horas	1	1	0	1	178	15/10/

El número de orden que figura en este documento, junto con su Tarjeta Sanitaria, son indispensables para la recogida de su medicación en la farmacia. La hoja de tratamiento de receta electrónica caduca a los 10 días naturales de su emisión si no se retiran de la farmacia por primera vez los medicamentos en ella registrados.

En caso de pérdida o deterioro, puede solicitar una copia en su centro de salud.

Esta hoja de tratamiento tiene validez hasta la fecha fijada en la misma o finalización del tratamiento con todos los medicamentos en ella contenidos, o hasta la emisión de una nueva hoja de tratamiento que la sustituya.



Visado de la Inspección

- Acto por el que la Inspección Médica **autoriza** con **carácter excepcional**, previo a la dispensación, la utilización de un Medicamento para un **paciente concreto**, con **cargo al SNS**.
 - Conformidad Prescripción \ Indicación TT.
 - Prescripción \ **No** Alternativa.



Visado de la Inspección

- Especialidades de **Diagnostico Hospitalario**
- Especialidades con **Cupón precinto diferenciado** ● :
Vacunas Indicación Aprobada (CV Infantil, CV Adulto), TT
Esterilidad, Carnitina, Clopidogrel, Nateglinida, Test Urea –
H.Pylori...
- **Especial Control Médico**
- **Absorbentes** de incontinencia urinaria
- Productos **Dietoterápicos**



Visado de la Inspección

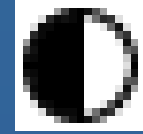
- Requisitos:
 - Informe clínico completo del medico hospitalario: filiación, pruebas diagnosticas, fecha, Tratamiento
 - Ajuste a la **indicación autorizada** para el Medicamento
 - Sustituir el **informe** periódicamente, al menos una vez al año.

Visado de las **excepciones** a la lista de excluidos de la prestación farmacéutica en el SNS - Resolución de 18/02/2013

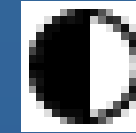
<i>Enfermedad inflamatoria intestinal, colon irritable y diverticulosis</i>	A06AC - LAXANTES INCREMENTADORES DEL BOLO INTESTINAL → <i>Plantago Ovata</i> ®
<i>Encefalopatía portosistémica y paraplejia</i>	A06AD - LAXANTES OSMOTICOS: <i>Lactulosa (Duphalc</i> ®) <i>Lactitol (Emportal</i> ®)
<i>Pacientes oncológicos</i>	A06AH - ANTAGONISTAS PERIFERICOS DE LOS RECEPTORES OPIACEOS
<i>Claudicación intermitente</i>	C04AX - OTROS Vd PERIFERICOS <i>Nafidrofurilo (Praxilene</i> ®) <i>Vincamina en ASOC (Anacervix</i> ®)
<i>Pacientes neoplásicos con tos persistente</i>	R05DA - ALCA DEL OPIO Y D' (ANTITUSIVOS) <i>Codeina (Codeisan</i> ®) <i>Dextrometorfán (Romilar</i> ®) <i>Dimemorfanó (Dastosin</i> ®) <i>Dihidrocodeína (Tosidrin</i> ®)
<i>Síndrome de Sjögren</i>	S01XA - OTROS OFTALMOLOGICOS (LAGRIMAS ARTIFICIALES Y OTROS) <i>Acuolens</i> ®, <i>Arific</i> ®, <i>colicursi Humectante</i> ®)



Psicotropos



- Fármacos Anexo I (Listas II, III y IV) del Convenio de Viena de 1971 y Anexo II (añadidos por la Legislación Española).
- Precisan **Receta Médica Normal** y el Farmacéutico debe Registrarlas en el Libro Recetario.
- Ejm: **Metilfenidato, Buprenorfina, Diazepam ...**



Psicotropos

Tabla 2. RESUMEN DE CONTROLES DE **PSICÓTROPOS**

	PSICÓTROPOS Lista II ANEXO 1 RD 2829/1977		PSICÓTROPOS Lista III ANEXO 1 RD 2829/1977		PSICÓTROPOS Lista IV ANEXO 1 RD 2829/1977		PSICÓTROPOS ANEXO 2 RD 2829/1977	
	Sustancias	Medicamentos	Sustancias	Medicamentos	Sustancias	Medicamentos	Sustancias	Medicamentos
Anotación en el <u>libro de contabilidad de estupefacientes</u>	SI <i>Artículo decimosexto A,</i> RD 2829/1977	NO	SI <i>Artículo decimosexto A</i> RD 2829/1977	NO	SI <i>Artículo decimosexto A</i> RD 2829/1977	NO	NO	NO
Anotación en el <u>libro recetario</u>	NO	SI <i>Artículo decimosexto B,</i> RD 2829/1977	NO	SI <i>Artículo decimosexto B,</i> RD 2829/1977	NO	SI <i>Artículo decimosexto B,</i> RD 2829/1977	SI <i>Artículo decimosexto C,</i> RD 2829/1977	NO <i>Disposición adicional primera.2</i> RDRM
Identificación y anotación <u>DNI</u> de la persona que retira el medicamento	-	SI <i>Artículo 15.5</i> RDRM	--	SI <i>Artículo 15.5</i> RDRM	--	SI <i>Artículo 15.5</i> RDRM	NO	NO



Fórmulas Magistrales

- Medicamento individualizado para un paciente
- Preparado por el farmacéutico, para cumplimentar expresamente una prescripción facultativa.
- Composición detallada cualitativa y cuantitativa.
- Normas Correcta Elaboración y Control de Calidad.
- Dispensado en Oficina o Servicio de Farmacia.
- Información al Paciente.
- Ejm: Solución Hidrocloruro de **Metadona** 1%
Crema de **Eritromicina** ...



Fórmulas Magistrales Prohibidas

- **Asociaciones de sustancias**
Psicotrópicas, hormonas, laxantes y diuréticos como preparados antiobesidad.
- Aquellas que emplean órganos o glándulas de **origen animal o humano**.



PREPARADOS OFICINALES

- Medicamento elaborado según Normas Correctas y Control de Calidad.
- Farmacéutico.
- Dispensado en Oficina de Farmacia o Servicio de Farmacia.
- Enumerado y Descrito en el Formulario Nacional.
- Destinado a Entrega Directa a Pacientes.

- Ejm:
 - Saliva artificial, Vaselina salicílica, Sulfato Zn ...



Efectos y Accesorios

- Artículos:
 - Aplicación de TT.
 - Mejorar Situación del Paciente.
 - Ejm: Material Cura, Sondas ...



DIETOTERÁPICOS

- Prescripción Médicos AE o esp. habilitados.
- Informe.
- Receta.
- Visado de Inspección.
- Dispensación OF y SFH.
- Exentos de aportación (**En tramite**).



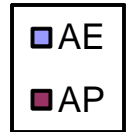
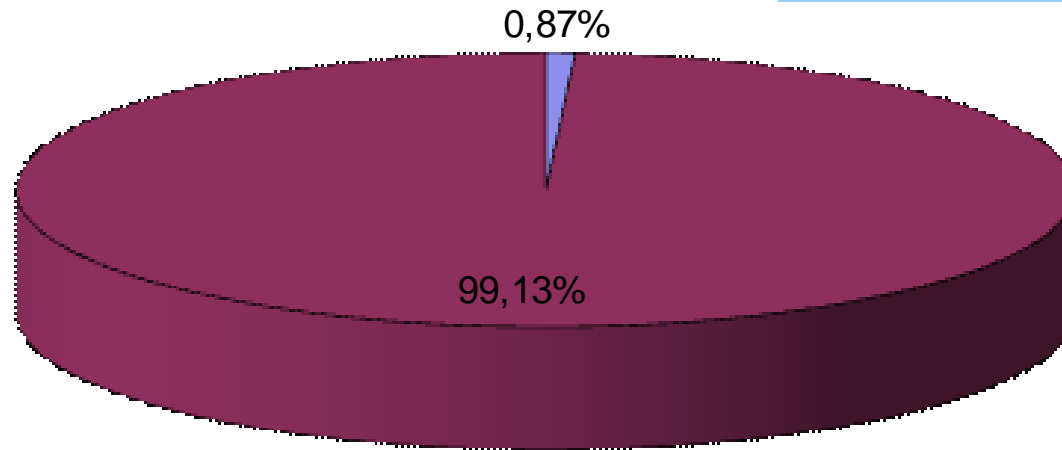
SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

DIETOTERÁPICOS

ÁREA VII V06 DIETOTERÁPICOS

AE: 52 ENVASES

5.865€



ÁREA VII: 5.967 ENVASES

584.977€

AP: 5.915 ENVASES

579.112€



Medicamentos de *ECM* Especial Control Médico

- Estrecho **Seguimiento** (**Radv** Graves) → Ficha.
- Etreinato (Roacutan®), Acitretina (Neotigason®), ác. Acetohidroxámico (Uronefrex®), Talidomida (**M.EXT**), Clozapina (Leponex®), Flecainida (Apocard®).
- Información al Paciente por escrito
- **Prescripción** Médico AE → Informe.
- **Visado** de la inspección.
- Dispensación Oficinas de Farmacia.



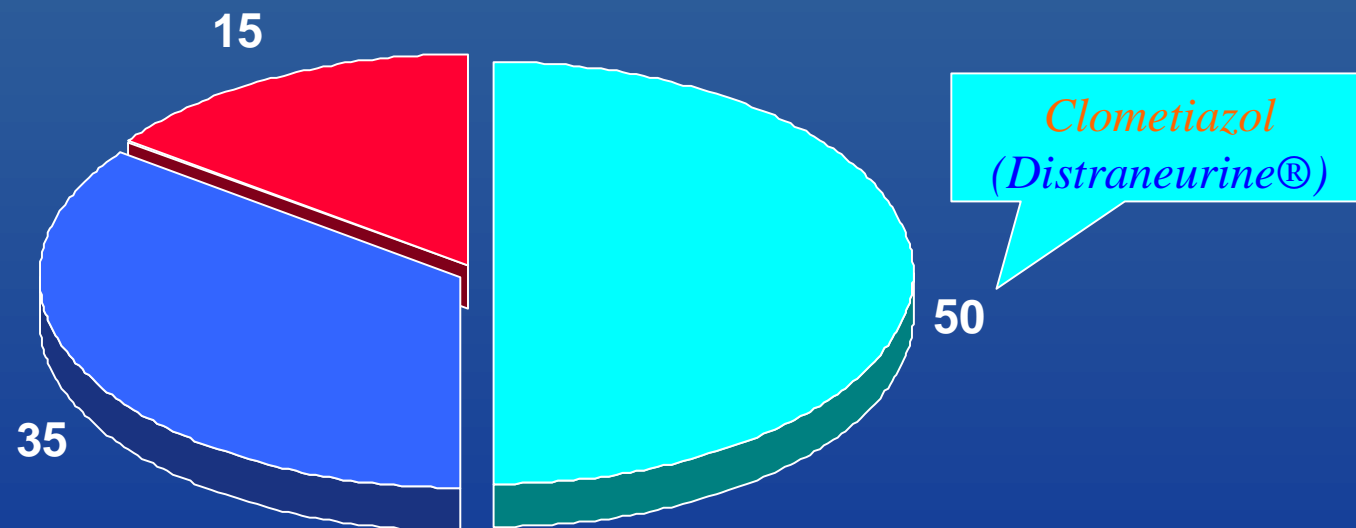
Real Decreto 1015/2009

Acceso a Medicamentos en Situaciones Especiales

- Acceso a Medicamentos en investigación (**Uso Compasivo**)
→ **No Ensayo Clínico.**
- Acceso de Medicamentos disponibles en condiciones diferentes a las autorizadas (*off-label*) → **No Ficha Técnica**
- Acceso a Medicamentos no comercializados en España pero sí en otros países (**Medicamento Extranjero**)



Medicamentos en Situaciones Especiales Autorizados por la AEMPS



- Medicamentos extranjeros
- Usos en condiciones diferentes de las autorizadas
- Medicamentos en fase de investigación al margen de un ensayo clínico



Medicamentos Uso Compasivo

- Medicamento en Investigación.
- **No** autorizado en España, pero solicitada, o EC.
- Pacientes (No incluido en el EC):
 - Tratado Insatisfactoriamente con M autorizados
 - Con Enf. Crónica.
 - Gravemente Debilitados.
 - Grave peligro de su Vida.
- Ámbito Hospitalario **Exclusivamente**.
- Protocolo específico de Seguridad (**RAdv**).



PROCEDIMIENTO AUTORIZACIÓN MEDICAMENTO DE USO COMPASIVO

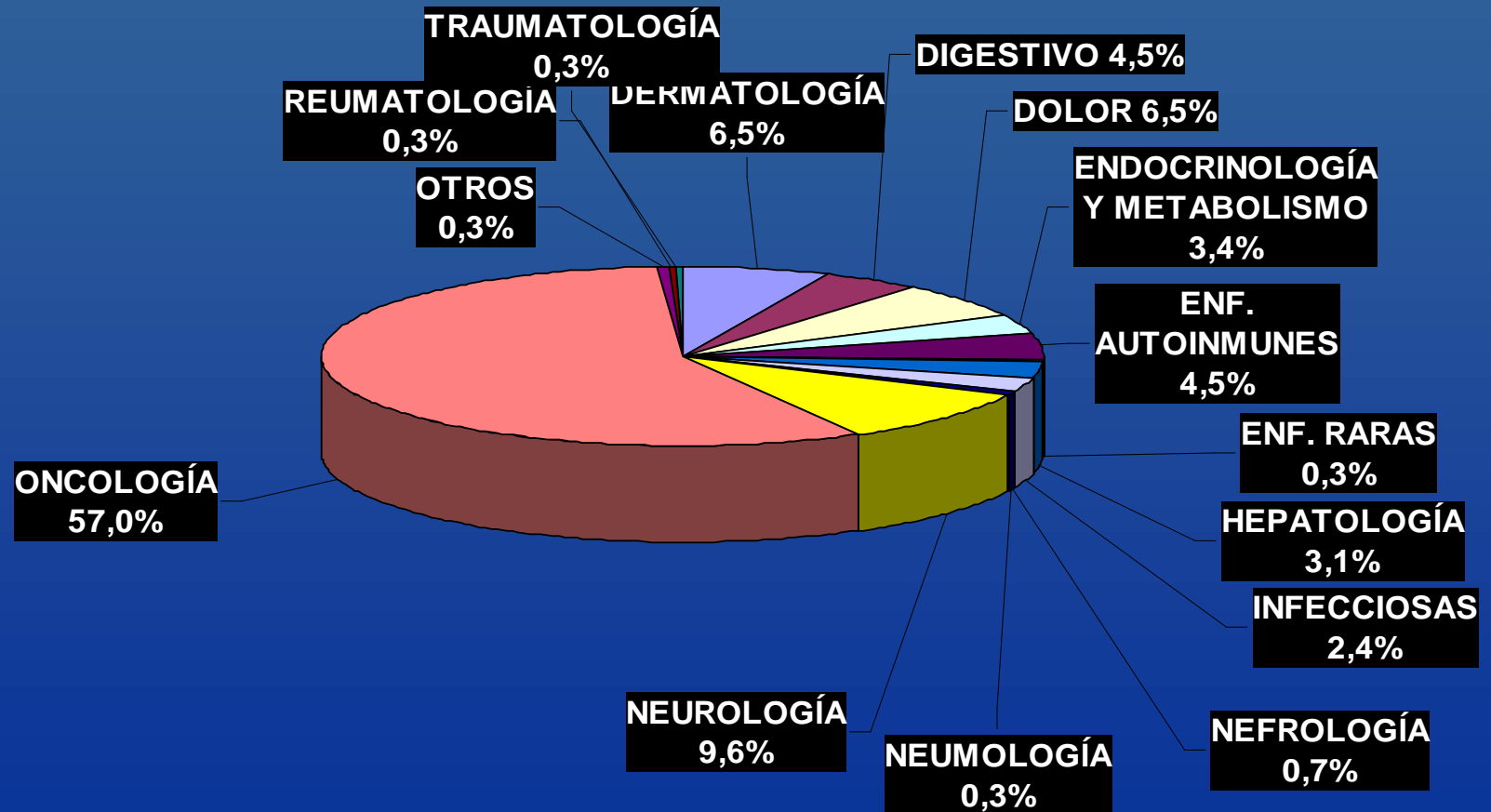
- Autorización de **Acceso**:
 - Individualizado.
 - Protocolo Colectivo.

Documentación:

- Informe clínico
- Autorización / consentimiento del paciente
- Visto bueno del Director Gerente.
- Cargo económico al Servicio de Farmacia del Hospital
- Información Consejería de Sanidad.
- Autorización **Temporal** del Ministerio de Sanidad



Medicamentos Uso Compasivo





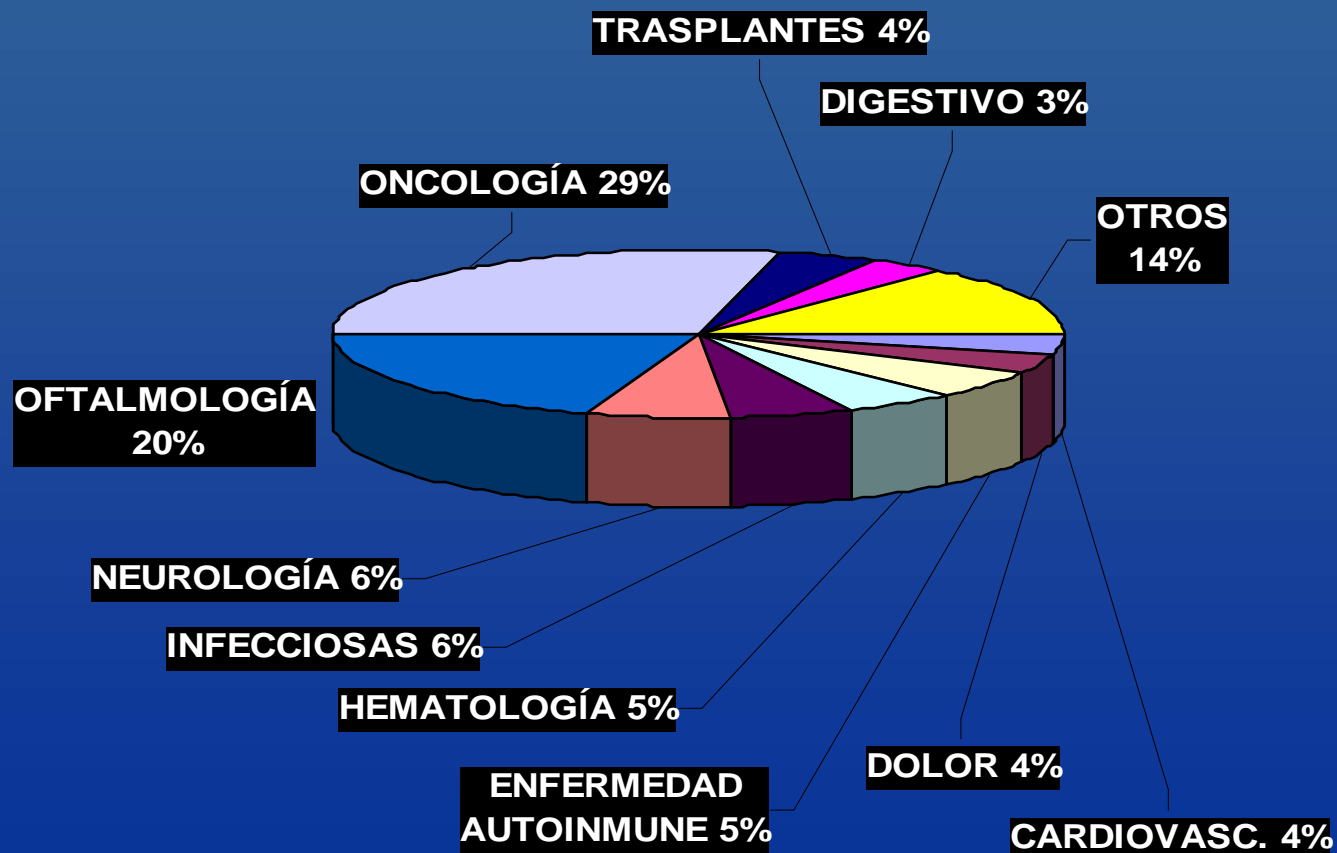
SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Medicamentos Uso Indicación no Autorizada

- Medicamento **autorizado** en España.
- Uso en Indicación **no** registrada en Ficha Técnica.
- **No** alternativas.
- Justificar en **Historia Clínica**.
- Informar al Paciente **Beneficio \ Riesgo**. Consentimiento.
- Especial seguimiento de **Radv**.
- **Comunicación CURM**, Comisiones de Farmacia y Terapeutica.



Medicamentos Uso Indicación no Autorizada





Medicamentos Extranjeros

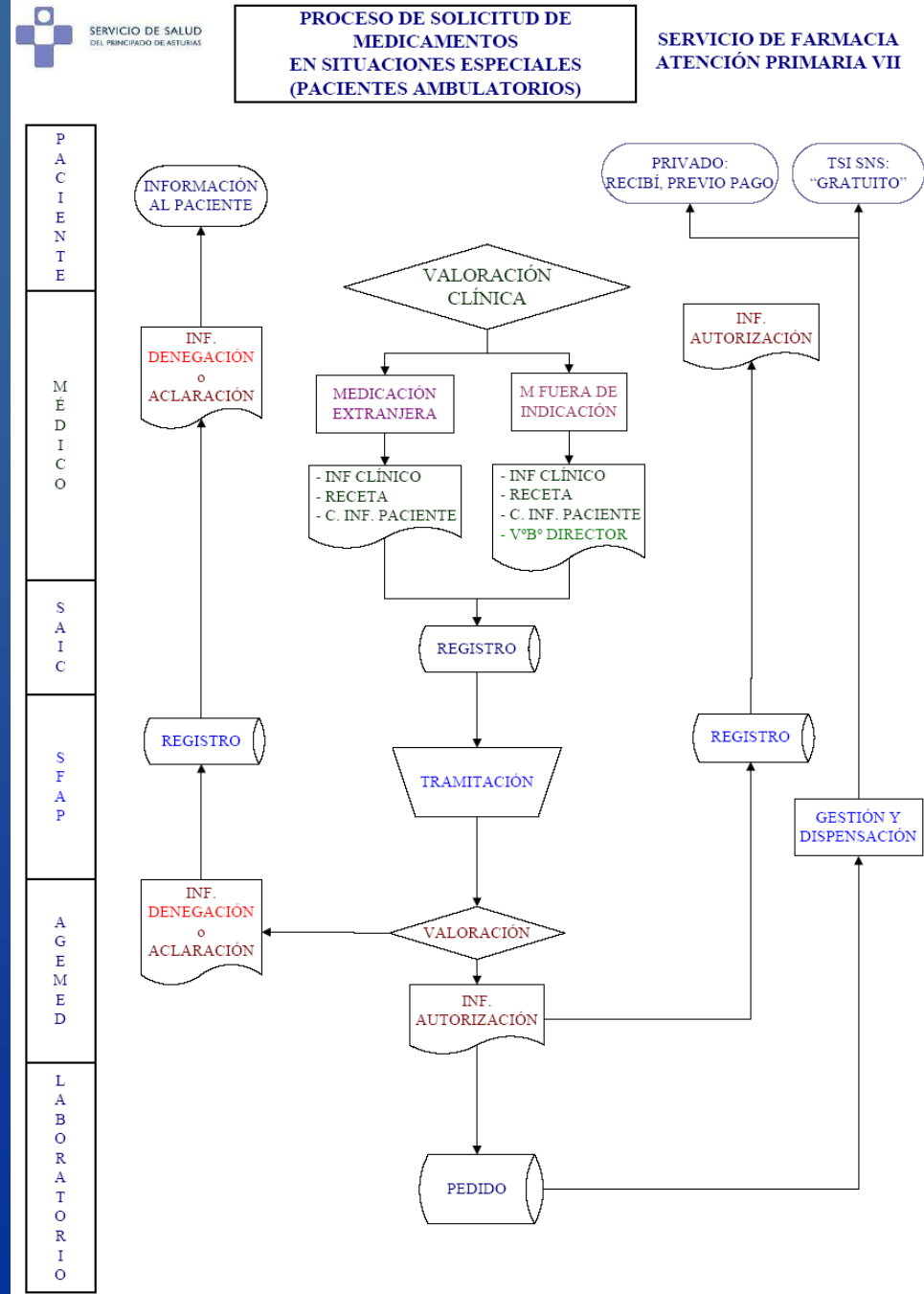
- Medicamentos **no** registrados en España
- Solicitud a través de los SFAP o SFH
- Informe Medico (Escudo, Sello...)
- Para la autorización se precisa que **no** exista alternativa posible en nuestro país.
- Posibilidad de Elaboración de Protocolos por AEMPS de oficio o por solicitud CCAA.



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Medicamentos Extranjeros

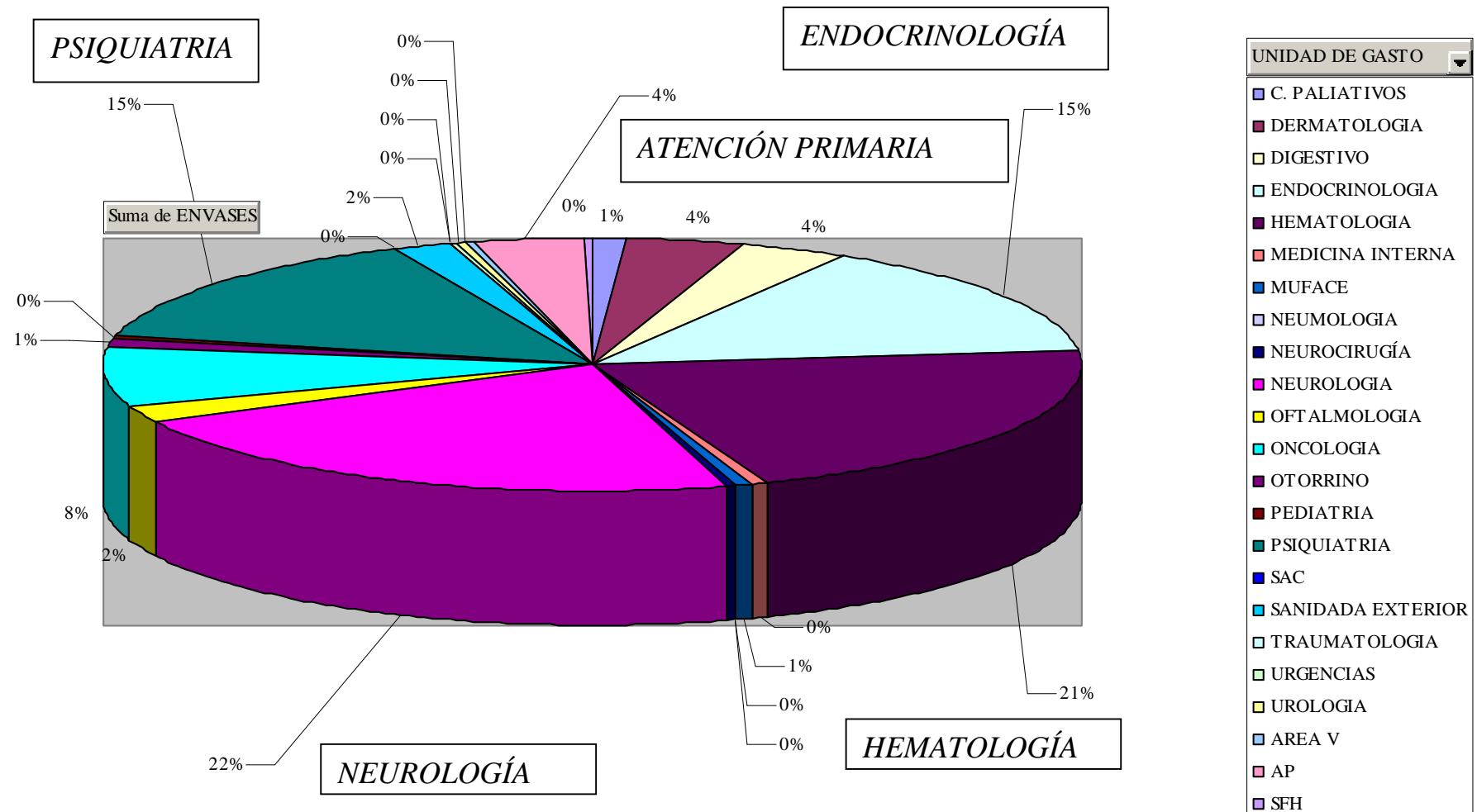
Curso Uso Racional Medicamento.
Asturias.





Coloque campos de página aquí

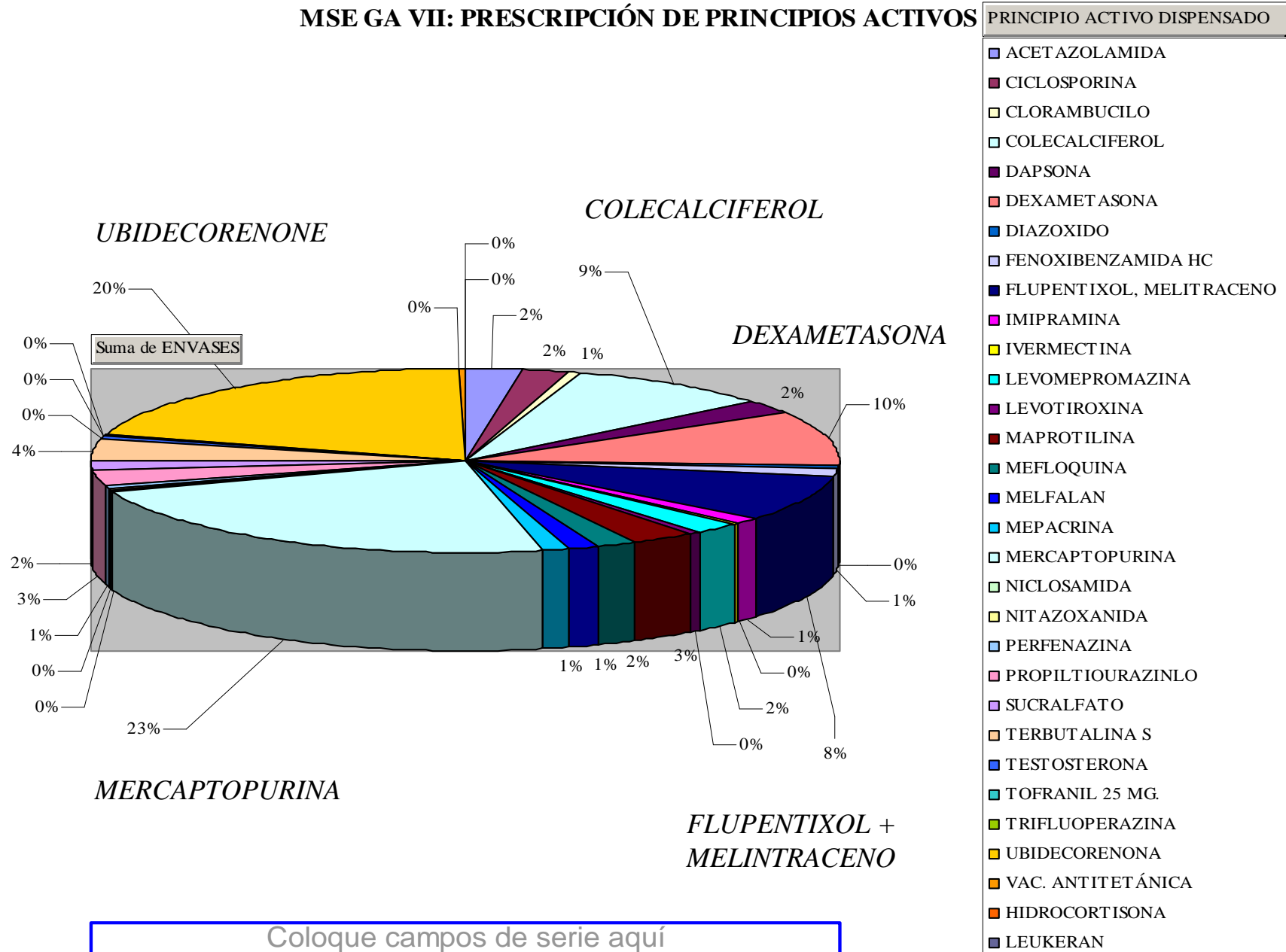
MSE GA VII UNIDAD DE GASTO



Coloque campos de serie aquí

Coloque campos de página aquí

MSE GA VII: PRESCRIPCIÓN DE PRINCIPIOS ACTIVOS

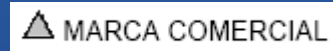




SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

FARMACOVIGILANCIA

- **RD 1344/2007** de 11 de Octubre, **Regula la FV de Medicamentos de Uso Humano.**
- Mortales.
- Provoquen Hospitalización
- Incapacidad laboral o escolar
- Importantes según criterio médico
- Novedad:
 - Medicamentos **< 5 años** Autorizados España → (todas)
 - Conocimiento sobre Seguridad Limitado.
 - Notificación de Radv. Prioritaria.
- Descritas en la Ficha Técnica



***E adverso:** reacción a un M que no se esperaba o deseaba.*

Cualquier M puede producir reacciones adversas.

Conocidas: prospectos y fichas técnicas → ΔV



FARMACOVIGILANCIA

- **Medicamentos de seguimiento adicional:**
- (*triangulo negro invertido ▼*)
- M con nueva Sust. activa: Autorizados > 110101
- M y Ps sujetos a condiciones o restricciones de seguridad y eficacia.
- Permitirá identificación de medicamentos de especial observación tanto para profesionales sanitarios y pacientes.



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

NOTIFICACIONES R ADVERSAS A MEDICAMENTOS

Centro Autónomo de FV del Principado de Asturias (130101)

Consejería de Sanidad, DG Asistencia Sanitaria, Servicio Farmacia

-Registro de formulario electrónico: OMI o SELENE

** Explotación de datos por Sistemas.*

*-Registro manual: “**Tarjeta Amarilla**”, Inf. OMI o **SELENE**.*

** Ya no es necesario.*

- Registro AGEMED: f. electrónico <https://www.notificaram.es/>

** No es necesario.*



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

NOTIFICACIONES R ADVERSAS A MEDICAMENTOS

Base de datos FEDRA:

- 130115: formulario electrónico <https://www.notificaram.es/>

Notificación directa de Reacciones Adversas a Medicamentos - Windows Internet Explorer

https://www.notificaram.es/TipoNoti.aspx

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

Favoritos Sitios sugeridos Galería de Web Slice Personalizar vínculos Windows Windows Media

Farancin2004 - Yahoo! Mail Correo Notificación directa de R... x

GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD agencia española de medicamentos y productos sanitarios

Iniciar Sesión

Seleccione el tipo de notificación que desea enviar

Notificación de Ciudadano

Notificación de Profesional Sanitario

Registro de Profesional Sanitario

Nueva Notificación

Información adicional sobre un caso ya notificado

Volver

© Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios - [Aviso Legal](#)

Internet 100%

Notificación de Profesional Sanitario



* Indica obligatoriedad
(*) Indica obligatoriedad condicional

Información sobre la persona que ha presentado la reacción adversa al medicamento (Paciente)

Nombre del paciente (*) ?

Apellido 1 (*)

Apellido 2

Nº Historia clínica del paciente ?

Nº Tarjeta sanitaria (UIP) ?

Sexo (*)

Edad / Grupo de edad (*) Edad Grupo de edad

Peso kg

Altura cm

Siguiente

Salir



CONFIDENCIAL

NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A UN MEDICAMENTO

1. Por favor, notifique todas las reacciones a fármacos recientemente introducidos en el mercado y las reacciones graves o raras a otros fármacos (vacunas, productos estomatológicos y quirúrgicos, DIU, suturas, lentes de contacto y líquidos también deben ser considerados medicamentos).
2. Notifique en la primera línea el fármaco que considere más sospechoso de haber producido la reacción, o bien ponga un asterisco junto al nombre de los medicamentos sospechosos, si cree que hay más de uno.
3. Notifique todos los demás fármacos, incluidos los de automedicación, tomados en los tres meses anteriores. Para las malformaciones congénitas, notifique todos los fármacos tomados durante la gestación.
4. No deje de notificar por desconocer una parte de la información que le pedimos.

NOMBRE DEL PACIENTE

Sexo Edad Peso (Kg.)

(Con la finalidad de saber si se ha repetido alguna reacción).
(Indique también el número de historia para los pacientes hospitalizados).

- Masculino
 Femenino

MEDICAMENTO (S)* (indique el nombre comercial) (Véase nota 2)	Dosis diaria y vía admón.	Fecha		Motivo de la prescripción
		Comienzo	Final	
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

* Para las vacunas, indique el número de lote.

REACCIONES	Fecha		Desenlace (P. Ej. recuperado, secuelas, mortal, etc.)
	Comienzo	Final	
.....
.....
.....

OBSERVACIONES ADICIONALES

(Emplee hojas adicionales si lo requiere)

NOTIFICADOR

Nombre
Profesión
Especialidad
Centro de trabajo
Teléfono de contacto

Por favor, marque con una cruz si necesita más tarjetas

Fecha

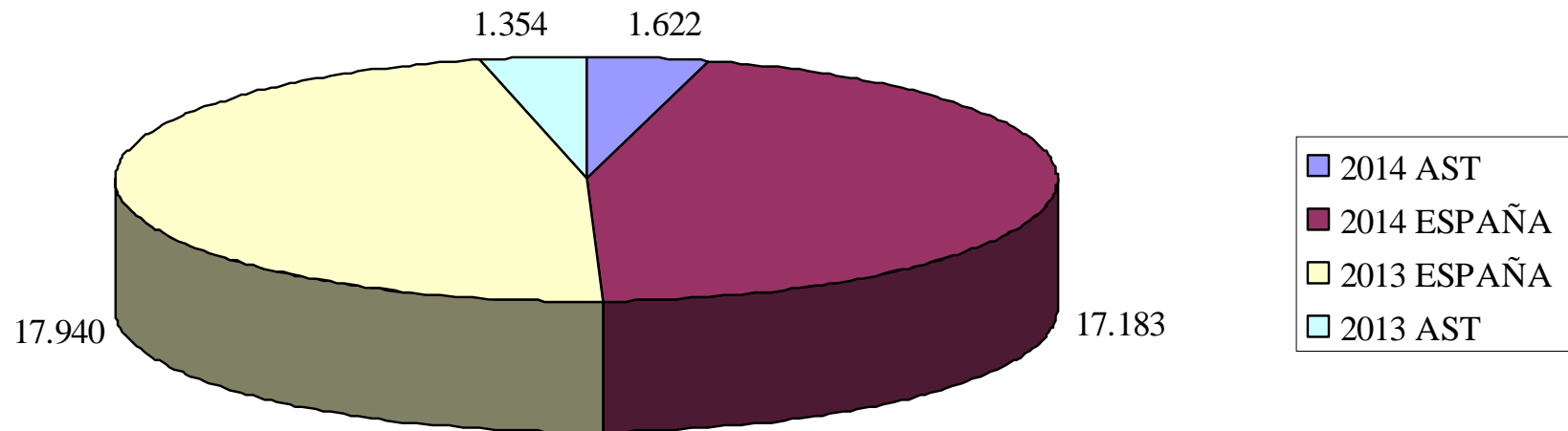
Firma



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

2014 vs 2013: España -4%
Asturias: 20%

NOTIFICACIONES RAM

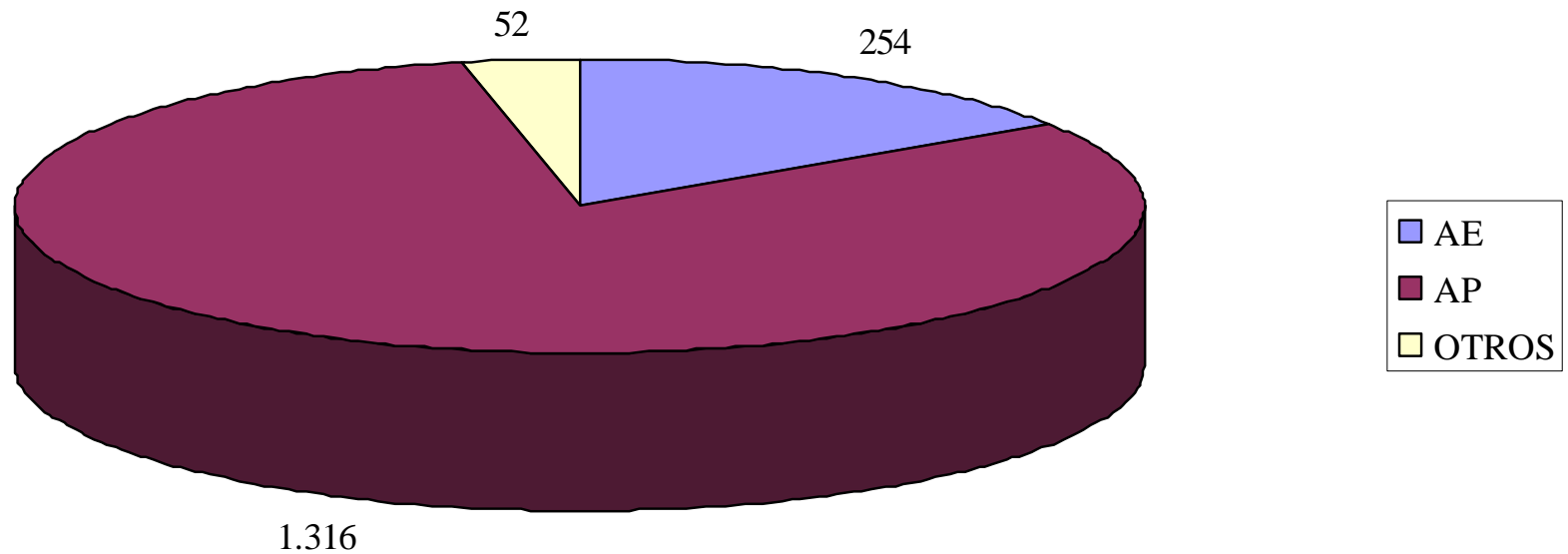




SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

ASTURIAS 2014: AE 16%
AP 81%
OTROS 3%

NOTIFICACIONES RAM












CONDICIONES DE DISPENSACIÓN

- R: Dispensación con Receta Médica Normal
- P: Psicotropo (Anexo I del RD 2829/1977 de 6 Octubre)
- A: Psicotropo (Anexo II del RD 2829/1977 de 6 Octubre)
- E: Estupefaciente (Lista I Anexa a la Convención Única de 1961).
- FR: Conservación en Frigorífico (2-8°C).
- ECM: Medicamento de Especial Control Médico.
- TLD: Medicamento de Prescripción Renovable.
- H: Presentación de Uso Hospitalario.
- DH: Presentación de Diagnóstico Hospitalario.
- DHSC: Presentación de DH Sin Cupón Precinto.
- • : Medicamento con aportación Reducida (10% siempre < 4.13€).
- EXO: Medicamento Excluido de la Oferta SS.
- CPD: Cupón Precinto Diferenciado → Visado de Inspección.
- CPD75: Necesidad de Visado en > 75 años.
- EFG: Especialidad Farmacéutica Genérica.



SÍMBOLOS EN EL CARTONAJE

 →	Especialidades que necesitan Receta Médica	 →	Receta de Psicotropos (1)
 →	Receta de Psicotropos (2)	 →	Receta de Estupefacientes
 →	Material Radioactivo	 →	Caducidad inferior a 5 años
 →	Condiciones especiales de conservación (Frigorífico)	DH	Diagnóstico Hospitalario
EFP	Especialidad Farmacéutica Publicitaria	H	Especialidad de uso Hospitalario
EFG	Especialidad Farmacéutica Genérica	ECM	Especial Control Médico
EQ	Especialidad Bioequivalente	TLD	Tratamiento de Larga Duración
MTP	Medicamentos Tradicionales a base de Plantas		

(1) Psicotropos incluidos en el anexo 2 del Convenio sobre sustancias psicotrópicas del 21 de febrero de 1971

(2) Psicotropos incluidos en la lista II, III y IV del Convenio sobre sustancias psicotrópicas del 21 de febrero de 1971

SÍMBOLOS EN CUPÓN PRECINTO

 Cíclero (Aportación Reducida)	 Diagnóstico Hospitalario
---	--



SÍMBOLOS

Dispensación sujeta a prescripción médica		Medicamentos que contengan sustancias psicotrópicas incluidas en el anexo II del Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre	
Medicamentos que contengan sustancias psicotrópicas incluidas en el anexo I del Real Decreto 829/1977, de 6 de octubre		Dispensación con receta oficial de estupefacientes de la lista I anexa a la Convención Única de 1961	
Medicamentos que pueden reducir la capacidad de conducir o manejar maquinaria peligrosa	 Conducción: ver prospecto	Conservación en frigorífico	
Medicamentos que pueden producir fotosensibilidad	 Fotosensibilidad: ver prospecto	Símbolo Internacional de radiactividad recogido en la norma UNE-73302 de 1991, sobre distintivos para señalización de radiaciones ionizantes	 Material radiactivo
Símbolo de gas medicinal inflamable		Símbolo de gas medicinal comburente	

MEDICAMENTOS SOMETIDOS A SEGUIMIENTO ADICIONAL DE SU SEGURIDAD (▼)



PRESCRIPCIÓN DOE

La **DOE** es el "**verdadero**" nombre del medicamento: es el nombre de la sustancia responsable del efecto terapéutico. Aparece en todos los envases y prospectos de los medicamentos, debajo del nombre comercial.

VENTAJAS DE LA DOE

- **Facilita la identificación de los medicamentos:** un principio activo sólo tiene una DOE; sin embargo, generalmente se asocia con varias marcas comerciales.
- **Disminuye el riesgo de confusión:** en algunos casos, marcas comerciales con principios activos diferentes tienen nombres similares, y esto puede dar lugar a errores por confusión; ej: Proscar-Prozac, Alapryl-Amaryl, Entocord-Emconcord...
- **Evita duplicidades en la prescripción y administración:** en general un principio activo se puede identificar con diferentes marcas comerciales y esto puede ocasionar duplicidades en la toma de medicamentos, que ocurren fundamentalmente en casos de automedicación o de tratamientos prescritos por diferentes médicos.
- **Garantiza el entendimiento entre profesionales y pacientes de todo el mundo:** al estar basada en la denominación internacional, es reconocida por todos los profesionales de la salud de cualquier país.
- **Reduce el riesgo de alergia a los medicamentos,** al identificar mejor las sustancias desencadenantes de la misma.
- **Previene interacciones entre los medicamentos** al identificar mejor la composición del medicamento.
- **Contribuye a contener el crecimiento del gasto farmacéutico,** tanto para los pacientes como para el Sistema Sanitario Público.

LIMITACIONES DE LA DOE:

Como toda situación de cambio, la implantación de la utilización de la DOE requiere un proceso de adaptación y un cambio de mentalidad y empeño por parte de todos: profesionales, pacientes y administración. Hasta hace unos años, el lenguaje habitual de comunicación entre profesionales y pacientes, en el ámbito de los medicamentos, se basaba en las marcas comerciales. Cambiar este hábito y conseguir que se piense, comunique y prescriba en DOE, requiere de un periodo de tiempo y esfuerzo para el que se precisa la colaboración de todos.




SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS


<i>CÓDIGOS DE APORTACIÓN (RDL 16/2012)</i>	
<i>TSI 001</i>	<i>0%</i>
<i>TSI 002</i>	<i>10%</i>
<i>TSI 003</i>	<i>40%</i>
<i>TSI 004</i>	<i>50%</i>
<i>TSI 005</i>	<i>60%</i>
<i>ACC TRABAJO Y ENF PROFESIONAL</i>	<i>0%</i>
<i>APORTACIÓN REDUCIDA O CÍCERO NEGRO</i>	<i>10%</i>

** Máximo por Envase: 4,24 €*

<i>APORTACIÓN POR EL USUARIO</i>	<i>RDL 16/2012</i>		<i>Actualización 2015</i>
	<i>Activos</i>		<i>Pensionistas</i>
<i>Pensiones no contributivas. Parados (larga duración). Acc. trabajo. Sínd. tóxico. Rentas integración social...</i>	<i>0%</i>		<i>0%</i>
<i>Rentas inferiores a 18.000 €</i>	<i>40%</i>	<i>10%</i>	<i>Límite máximo de 8,23 €/mes</i>
<i>Rentas entre 18.000 y 100.000 €</i>	<i>50%</i>	<i>10%</i>	<i>Límite máximo de 18,52 €/mes</i>
<i>Rentas superiores a 100.000 €.</i>	<i>60%</i>	<i>60%</i>	<i>Límite máximo de 61,75 €/mes</i>



VOLANTE DE INSTRUCCIONES AL PACIENTE P. 3 / 1	 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	Sistema Nacional de Recetas	
	PRESCRIPCIÓN (consignar el producto. En caso de medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía administración, dosis por unidad, número de unidades por envase)	Duración tratamiento	PACIENTE (nombre, apellidos, año de nacimiento y número de identificación)
	DPS Nº env. <input type="text"/>	Posología: Unidades/toma Cada horas	MÉDICO (datos de identificación y firma)
	<i>Mimos</i>	Fecha de prescripción / /	
DIAGNÓSTICO (si procede)			
INSTRUCCIONES AL PACIENTE			
<p>En cumplimiento del Art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, se informa que los datos de la receta van a ser incorporados al fichero "Gestión de la Prestación Farmacéutica" para la gestión y control de la misma, cuyo órgano responsable es el SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS. La posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición podrán realizarse a través de las Gerencias de Atención Primaria del SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.</p>			TB4 0060218



RECETA ORIGINARIA / PRESCRIPCIÓN

PRIMARIA

CUADERNO CULTURAL

ANO 4 - NUMERO 7 - OCTUBRE DE 2008