



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**



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

# 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: Nuevo modelo

SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS		ENFERMEDAD COMÚN O ACCIDENTE NO LABORAL		Sistema Nacional de Salud	
RECETA MÉDICA	<b>PRESCRIPCIÓN</b> (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		<b>PACIENTE</b> (Nombre y apellidos, año de nacimiento y número de identificación)   <b>PRESCRIPTOR</b> (Datos de identificación y firma)   Fecha de la prescripción ____ / ____ / ____ <b>FARMACIA</b> (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		
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.		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento <input type="checkbox"/> Precio de referencia		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)".	
		Firma del Farmacéutico			
P-3 DIN A4		 TR3 0005976 00			

# Recetas: Nuevo modelo

SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS		ENFERMEDAD COMÚN O ACCIDENTE NO LABORAL		Sistema Nacional de Salud					
INFORMACIÓN AL PACIENTE	<b>PRESCRIPCIÓN</b> (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			<b>PACIENTE</b> (Nombre y apellidos, año de nacimiento y número de identificación)    <b>PRESCRIPTOR</b> (Datos de identificación y firma)    Fecha de la prescripción ____ / ____ / ____
	Unidades	Pauta							
	<b>DIAGNÓSTICO</b> (si procede)  		N° Orden dispensación <input type="text"/> Fecha prevista dispensación ____ / ____ / ____						
<b>INSTRUCCIONES AL PACIENTE</b> (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)".							



# 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.

# 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



# Datos a consignar en receta

## OBLIGATORIOS

- **Médico:** nombre, colegiado - CIPSA, CIAS / CPF.
- **Paciente:** nombre, fecha de nacimiento, N° identificación (**CIP**), Cód. Aportación

-**Fecha de Prescripción.** F de Cumplimentación de la Receta.

-**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.

-**Numero de orden.** Aplicable a la prescripción de medicamentos de dispensación renovable, indicaría el orden entre las dispensaciones sucesivas.

- **Firma**
- Firma para avalar cualquier **Corrección.**



# Datos a consignar en receta

## NO OBLIGATORIOS

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



# 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 Fecha de prescripción ..... / ..... / .....	PACIENTE (nombre, apellidos, año de nacimiento y número de identificación)		
	DPS Nº env.	Advertencias al farmacéutico	MÉDICO (datos de identificación y firma)		
	CUPONES PRECINTADO	Empresa	FARMACIA (datos de identificación, fecha de dispensación y firma)		
		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 Fecha de prescripción ..... / ..... / .....	PACIENTE (nombre, apellidos, año de nacimiento y número de identificación)		
	DPS Nº env.	DIAGNÓSTICO (si procede)	MÉDICO (datos de identificación y firma)		
		INSTRUCCIONES AL PACIENTE	INSTRUCCIONES DEL FARMACÉUTICO (si procede)		
			TEO 0000604 00		

# Recetas: Nuevo modelo

SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS		ENFERMEDAD COMÚN O ACCIDENTE NO LABORAL		Sistema Nacional de Salud	
RECETA MÉDICA	<b>PRESCRIPCIÓN</b> (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		<b>PACIENTE</b> (Nombre y apellidos, año de nacimiento y número de identificación)   <b>PRESCRIPTOR</b> (Datos de identificación y firma)   Fecha de la prescripción ____ / ____ / ____ <b>FARMACIA</b> (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		
<small>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.</small>		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento <input type="checkbox"/> Precio de referencia		<small>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)".</small>	
		Firma del Farmacéutico			
P-3 DIN A4		 TR3 0005976 00			



# 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 ...)
  - 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 ANTIVIRALES FRENTE A GRIPE (GAP VII)

### Prescripción (marcar el cuadro correspondiente)

- Zanamivir (Relenza®) inhalador 5 mg/dosis, 20 dosis
- Oseltamivir (Tamiflu®) cápsulas 75 mg, 10 cápsulas
- Oseltamivir (Tamiflu®) solución 15 mg/ml, 50 ml
- Oseltamivir (Tamiflu®) comprimidos 30 mg

Nº envases: \_\_\_\_\_

(Para comprimidos de 30 mg indicar nº de comprimidos)

Duración tratamiento

Posología  
(unidades por toma)

\_\_\_\_\_ / 12 h

Médico (datos de identificación y firma)

Fecha Prescripción

Centro Sanitario

### Factor de riesgo del paciente

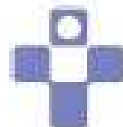
- Enf. grave que indica hospitalización
- Embarazadas
- Asma, EPOC
- Insuficiencia renal moderada - grave
- Otra enfermedad crónica
- Inmunosupresión
- Obesidad mórbida
- TT. prolongado con salicilatos

Paciente (nombre, apellidos, año de nacimiento, nº TSI)

Grupo de edad del paciente (años)

<1    1-12    13-64    65 y más

# PLATILLA - OMI



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Gerencia de Atención Primaria  
Servicio de Farmacia de Atención Primaria  
farmacia.gap@sspa.prinast.es  
Pta. Sindical Pinaros, Nº 3 - 33600 Pinaros - Asturias  
Tel.: 985 45 86 15  
Fax.: 985 45 86 16

Área Sanitaria VII

FICHA DE PRESCRIPCIÓN DE ANTIVIRALES FRENTE A GRIPE (GAP VII)		
Prescripción (marcar el cuadro correspondiente)  <input type="checkbox"/> Zanamivir (Relenza®) inhalador 5 mg/dosis, 20 dosis <input type="checkbox"/> Oseltamivir (Tamiflu®) cápsulas 75 mg, 10 cápsulas <input type="checkbox"/> Oseltamivir (Tamiflu®) solución 15 mg/ml, 50 ml <input type="checkbox"/> Oseltamivir (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  _____
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

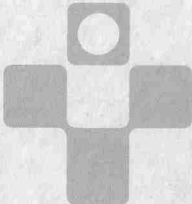
- Excluidos Oferta SS pero precisan Receta.
- Vacunas.
- EFP.
- Otros.

## 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

 <b>SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS</b>		<b>MEDICAMENTOS NO FINANCIADOS</b>		<b>Sistema Nacional de Salud</b>	
<b>PACIENTE:</b> (Datos de identificación)		<b>MÉDICO:</b> (Datos de identificación y firma)		<b>INSTRUCCIONES AL FARMACÉUTICO</b> (Si procede):	
		Fecha de prescripción			
<b>NUMERO ENVASES</b>	<b>PRESCRIPCIÓN:</b> Nombre del medicamento D.C.I. o marca, forma farmacéutica, vía de admón., dosis por unidad, n. unidades/envase			<b>POSOLOGÍA:</b>	<b>DURACIÓN TRATAMIENTO</b>
<b>INSTRUCCIONES AL PACIENTE</b>				 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, II, III** del Convenio Único de Estupefacientes de 1961 y las modificaciones 1972.
- **No** pueden Prescribirse:
  - Lista IV (Drogas ILEGALES).
  - Deshabitación Opioides:
- \* **Metadona**: Metasedin® → H

(\*): *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

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

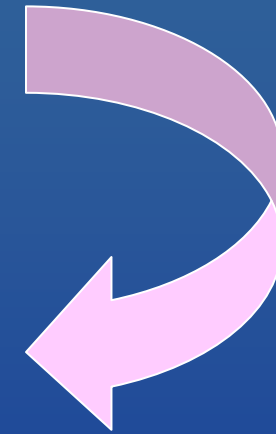
	ESTUPEFACIENTES <u>Lista I CU 1961</u>		ESTUPEFACIENTES <u>Lista II CU 1961</u>		ESTUPEFACIENTES <u>Lista III CU 1961</u>
	Sustancias	Medicamentos	Sustancias	Medicamentos	Medicamentos
Anotación en el <u>libro de contabilidad de estupefacientes</u>	<b>SI</b> <i>Artículo 20 <u>RDROE</u></i>	<b>SI</b> <i>Artículo 9.7 y Artículo 20 <u>RDROE</u></i>	<b>SI</b> <i>Disposición adicional cuarta <u>RDROE</u></i>	NO	NO
Anotación en el <u>libro recetario</u>	NO	NO	NO	<b>SI</b> <i>Disposición adicional cuarta <u>RDROE</u></i>	NO
Identificación y anotación <u>DNI</u> de la persona que retira el medicamento	--	<b>SI</b> <i>Artículo 15.5 <u>RDRM</u> y Artículo 9.5 <u>RDROE</u></i>	--	<b>SI</b> <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
- 30 Recetas Numeradas (50):
  - Cuerpo
  - Volante de Instrucciones Paciente
- Hoja de Control de Prescripción



## Devolución *Medicación Sobrante*:

*-Servicio de Farmacia:*

• *Atención Primaria.*

• *Hospitalaria.*

• *Consejería de Salud.*

## Devolución *Talonario antiguo*:

*-Recepción del Nuevo.*

*-Cese: Área sanitaria.*

*Colegio Médico.*



# Receta de Estupefacientes

- **Consignar** además: teléfono médico, DNI paciente, prescripción única o reiterada
- **Prescribir:**
  - 1 Medicamento.
  - 1 a 4 envases sin superar 30 días (90) de TT
  - Posología/día y N<sup>o</sup> días/Receta.
- **Anotar** la prescripción en la Hoja de Control
- **Adjuntar** además la receta del SNS (**No RD**)

# Estupefacientes




# Estupefacientes

## CONDICIONES DE UTILIZACIÓN DE LAS RECETAS DEL PRESENTE TALONARIO:

- Las recetas deben llevar el sello de la Entidad Distribuidora para ser válidas.
- Se debe prescribir un solo medicamento por receta.
- La prescripción nunca podrá superar los cuatro envases por receta.
- La prescripción formulada en una receta podrá amparar, como máximo, la medicación precisa para treinta días de tratamiento.
- Debe consignarse el número de unidades posológicas diarias precisas para el tratamiento del paciente.
- Siempre se anotará cada prescripción en la hoja de control de prescripciones establecida al efecto.
- En caso de prescripción para paciente del Sistema Nacional de Salud (S.N.S.) necesitarán además la receta de la Entidad Gestora correspondiente.

# Estupefacientes

 <p>MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO agencia española de medicamentos y productos sanitarios</p>	<p>MÉDICO: Dr. _____ Dirección _____ Población _____ N.º Colegiado _____ Tel.: _____ Provincia de _____</p>
<p>SERVICIO DE ESTUPEFACIENTES</p>	
<p><i>He recibido el talonario de recetas oficiales de prescripción de estupefacientes con la clave indicada al margen.</i></p>	
<p><i>Sello validación Entidad distribuidora</i></p>	<p><i>Lugar / fecha y firma</i></p>

# Estupefacientes

RECETA OFICIAL DE ESTUPEFACIENTES		4303621	
<p><b>PRESCRIPCIÓN</b> (Consignar el medicamento –D.C.I.– forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase).</p> <p><b>DPS</b></p> <p>N.º envases _____</p> <p>(en letra) _____</p>	<p><b>PRESCRIPCIÓN</b></p> <p>ÚNICA <input type="checkbox"/></p> <p>REITERADA <input type="checkbox"/></p>	<p>PACIENTE (Nombre y apellidos: año de nacimiento y N.º de identificación).</p> <p>_____</p> <p>D.N.I. n.º _____</p>	
	<p><b>POSOLOGÍA</b></p> <p>___ Unidades/toma</p> <p>Cada _____ horas</p>	<p>FARMACIA (datos de identificación, fecha dispensación y firma).</p> <p>_____</p>	
<p>ESPACIO DESTINADO PARA CONTROL Y PROCESAMIENTO</p>	 <p>MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO</p>	<p>MÉDICO Colegiado n.º _____</p> <p>Dr. _____</p> <p>Colegio Profesional _____</p> <p>Tel. n.º _____</p> <p style="text-align: right;">FIRMA</p>	
<p>CADUCA A LOS DIEZ DÍAS: No será válida con raspaduras o enmiendas.</p>	<p>SELLO DE VALIDACIÓN</p> <p>ENTIDAD DISTRIBUIDORA</p>	<p>Fecha ____/____/____</p>	

# Estupefacientes

VOLANTE DE INSTRUCCIONES	
DIAGNÓSTICO (si procede)	PRESCRIPCIÓN ÚNICA <input type="checkbox"/> REITERADA <input type="checkbox"/>
	POSOLOGÍA ___ Unidades/toma Cada ___ horas
INSTRUCCIONES AL PACIENTE	
PACIENTE (Nombre y apellidos: año de nacimiento y N.º de identificación). D.N.I. n.º _____	
MÉDICO Colegiado n.º _____ Dr. _____ Colegio Profesional _____ Tel. n.º _____	
Fecha ____/____/____	

4303621

FIRMA

4303621

NO VÁLIDO PARA DISPENSACIÓN

# Estupefacientes

## HOJA CONTROL PRESCRIPCIONES

	N.º Receta	Paciente	Prescripción	Fecha
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

# Estupefacientes

**HOJA CONTROL PRESCRIPCIONES**

	N.º Receta	Paciente	Prescripción	Fecha
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

# Estupefacientes Nuevo modelo

**Justificante de recepción del talonario**

<p>Espacio reservado para logotipo de la autoridad sanitaria responsable de la edición del talonario</p>	<p style="text-align: center;"><b>FACULTATIVO PRESCRIPTOR</b></p> <p>Nombre y apellidos .....</p> <p>Dirección .....</p> <p>Población .....</p> <p>N.º colegiado/Código identificación .....</p> <p>Teléfono .....</p> <p>DNI .....</p> <p>Provincia de .....</p> <p>Firma .....</p>
<p><i>He recibido el talonario de recetas oficiales de prescripción de estupefacientes con el código indicado en la parte inferior</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Sello validación Entidad distribuidora</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Lugar, fecha y firma</i></p>	

CÓDIGO DE BARRASCÓDIGO DE TALONARIO

# Estupefacientes

Receta oficial de estupefacientes para uso humano

<b>RECETA OFICIAL DE ESTUPEFACIENTES</b>		Duración del tratamiento		<b>PACIENTE</b> (Nombre y apellidos, año de nacimiento, DNI/NIE o número de identificación).
<b>PRESCRIPCIÓN</b> (Consignar el medicamento – Forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase).  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">Número envases / unidades</div>		Posología		
		<b>ESPCIO DESTINADO PARA CONTROL Y PROCESAMIENTO</b>		Unidades
<b>ADMINISTRACIÓN COMPETENTE</b>  <b>SELLO DE VALIDACIÓN ENTIDAD DISTRIBUIDORA</b>				<b>FARMACIA</b> (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

# Estupefacientes

## Hoja de información al paciente

<b>HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE RECETA OFICIAL ESTUPEFACIENTES</b>		Duración del tratamiento	<b>PACIENTE</b> (Nombre y apellidos, año de nacimiento, DNI/NIE o número de identificación).	
<b>PRESCRIPCIÓN</b> (Consignar el medicamento – Forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase)  Núm. Envases/unidades <input type="text"/>			<b>PRESCRIPTOR</b> (Datos de identificación y firma)	
Diagnóstico (si procede)		Posología		Fecha de la prescripción    /    /
		Unidades	Pauta	
Instrucciones para el paciente				

CÓDIGO DE BARRAS

CÓDIGO DE RECETA



# 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, 2 apellidos, y 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.



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

# Modelo Receta MSC

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"/>	Duración del tratamiento		Paciente (Nombre y apellidos, año de nacimiento y número de identificación)  <b>1</b>
		Posología		
		unidades	pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>	Prescriptor (datos de identificación y firma)  <b>3</b>	
	CUPÓN PRECINTO O ASIMILADO	CUPÓN PRECINTO O ASIMILADO	Información al farmacéutico y visado, en su caso  <b>4</b>	
	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 Firma del Farmacéutico	Farmacia (NIF/CIF, datos de identificación, fecha de dispensación)  <b>7</b>
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. ....	



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

# Modelo Receta MSC

ADMINISTRACIÓN U ORGANISMO COMPETENTE		CONTINGENCIA	SISTEMA NACIONAL DE SALUD	
INFORMACIÓN AL PACIENTE - RÉGIMEN DE USO	<b>INDICACIÓN</b> (Consiguar el medicamento – forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envases) Núm. envases/unidades <input type="text"/>	Duración del tratamiento	<b>Paciente</b> (Nombre y apellidos, año de nacimiento y número de identificación)	
		Posología		
		unidades		pauta
		<input type="text"/>		<input type="text"/>
		Nº orden dispensación	<input type="text"/>	<b>Enfermero/a</b> (datos de identificación y firma)
Fecha prevista dispensación ____/____/____				
<b>Diagnóstico/s</b> (si procede)		Fecha de la indicación ____/____/____		
<b>Instrucciones al paciente</b> (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el período 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.



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

# ORDEN HOSPITALARIA DE DISPENSACIÓN



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

HOSPITAL **SAN AGUSTIN**  
SERVICIO DE FARMACIA

NHC: \_\_\_\_\_ Edad: 39  
N: \_\_\_\_\_  
FN: 16/07/1970 N50: 33/  
N ID: \_\_\_\_\_  
CIAS: 050020116L  
T: F. CITA: 22/01/2010  
SERVICIO: MIR AC. RI-ZAR

## 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>REYMATAZ</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>Regalod 300</u>	<u>30</u>	<u>2-3-2010. 10h10'</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	SI PRECISA	F. Inicio	Días
<b>LACTULOSA</b> (DUPHALAC 10 g/15 ml sobre)	15 ml ORAL	CADA 24 HORAS	SI PRECISA	25/02/201	0
<b>NADROPARINA</b> (FRAXIPARINA 3800 UI/0,4 ml jcr)	0,4 ml SUBCUTANEA	CADA 24 HORAS	DIARIA	25/02/201	0
<b>FUROSEMIDA</b> (FUROSEMIDA 20 mg amp)	INTRAVENOSA	09h-40mg 13h-40mg	(L-M-X-J-V-S-D)	24/02/201	1
<b>METILPREDNISOLONA</b> (URBASON SOLUBLE 20 mg amp)	20 mg INTRAVENOSA	CADA 8 HORAS	DIARIA	25/02/201	0
<b>LEVOFLOXACINA</b> (LEVOFLOXACINO 500 mg vial)	500 mg INTRAVENOSA	CADA 24 HORAS	DIARIA	25/02/201	0
<b>PARACETAMOL</b> (TERMALGIN 500 mg comp)	500 mg ORAL	CADA 8 HORAS	SI PRECISA	24/02/201	1
1 A LA CENA Y ADICIONALMENTE SI PRECISA <b>LEVOMEPROMAZINA CLH</b> (SINOGAN 40 mg/ml gotas)	10 gotas ORAL	ANTES DE ACOSTARSE(23H)	DIARIA	24/02/201	1
<b>CLOMETIAZOL</b> (DISTRANEURINE 192 mg cap)	192 mg ORAL	A LA CENA	DIARIA	24/02/201	1
<b>PAROXETINA</b> (PAROXETINA 20 mg comp.)	20 mg ORAL	DESAYUNO	DIARIA	24/02/201	1
<b>FROSINOR-SEROXAT</b> <b>IPRATROPIO BROMURO</b> (BROMURO IPRATROPIO 500mcg amp)	500 mcg NEBULIZACION	CADA 6 HORAS	DIARIA	24/02/201	1
= ATRIOVENT <b>ACETILCISTEINA</b> (FLUMIL FORTE 600 mg comp efer)	600 mg ORAL	CADA 24 HORAS	DIARIA	24/02/201	1
= 3 SOBRES DE FLUMIL 200 MG					

### Texto Asociado

25/02/2010  
PACIENTE CON FILTRADO GLOMERULAR: 41 ML/MIN. SE RECOMIENDA  
AJUSTAR DOSIS DE LEVOFLOXACINO 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.



## ORDEN DE DISPENSACIÓN HOSPITALARIA (PACIENTES NO INGRESADOS)

ADMINISTRACIÓN U ORGANISMO COMPETENTE		CONTINGENCIA	SISTEMA NACIONAL DE SALUD			
ORDEN DE DISPENSACIÓN – RÉGIMEN DE USO	<b>INDICACIÓN</b> (Consiguar el medicamento –forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase) Núm. envases/unidades <input type="text"/>	Duración del tratamiento	<b>Paciente</b> (Nombre y apellidos, año de nacimiento y número de identificación)			
		Posología				
		<table border="1"> <tr> <td>unidades</td> <td>pauta</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>		unidades	pauta	<input type="text"/>
		unidades	pauta			
<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Nº orden dispensación <input type="text"/>	Fecha prevista dispensación ___/___/___	<b>Enfermero/a</b> (datos de identificación y firma)				
<table border="1"> <tr> <td>CUPÓN PRECINTO O ASIMILADO</td> <td>CUPÓN PRECINTO O ASIMILADO</td> </tr> </table>	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					
<table border="1"> <tr> <td>CUPÓN PRECINTO O ASIMILADO</td> <td>CUPÓN PRECINTO O ASIMILADO</td> </tr> </table>	CUPÓN PRECINTO O ASIMILADO	CUPÓN PRECINTO O ASIMILADO	<b>Motivo de la sustitución</b> <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento <input type="checkbox"/> Precio de referencia <b>Firma del Farmacéutico</b>	<b>Farmacia</b> (NIF/CIF, datos de identificación, fecha de dispensación)		
CUPÓN PRECINTO O ASIMILADO	CUPÓN PRECINTO O ASIMILADO					
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....				



# Medicamentos

## Uso Hospitalario (H)

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



# 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



# ORDEN DISPENSACIÓN (Enfermería)

ADMINISTRACIÓN U ORGANISMO COMPETENTE		CONTINGENCIA	SISTEMA NACIONAL DE SALUD	
ORDEN DE DISPENSACIÓN - RÉGIMEN DE USO	<b>INDICACIÓN</b> (Consiguar el medicamento -forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase) Núm. envases/unidades <input type="text"/>	Duración del tratamiento	<b>Paciente</b> (Nombre y apellidos, año de nacimiento y número de identificación)	
		Posología		
		unidades		pauta
		Nº orden dispensación <input type="text"/> Fecha prevista dispensación ____/____/____		
	CUPÓN PRECINTO O ASIMILADO		<b>Información al farmacéutico y visado, en su caso</b>	<b>Enfermero/a</b> (datos de identificación y firma)
	CUPÓN PRECINTO O ASIMILADO	CUPÓN PRECINTO O ASIMILADO	<b>Motivo de la sustitución</b> <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento <input type="checkbox"/> Precio de referencia <b>Firma del Farmacéutico</b>	<b>Fecha de la indicación</b> ____/____/____  <b>Farmacia</b> (NIF/CIF, datos de identificación, fecha de dispensación)
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.		<b>CÓDIGO DE ORDEN</b>	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

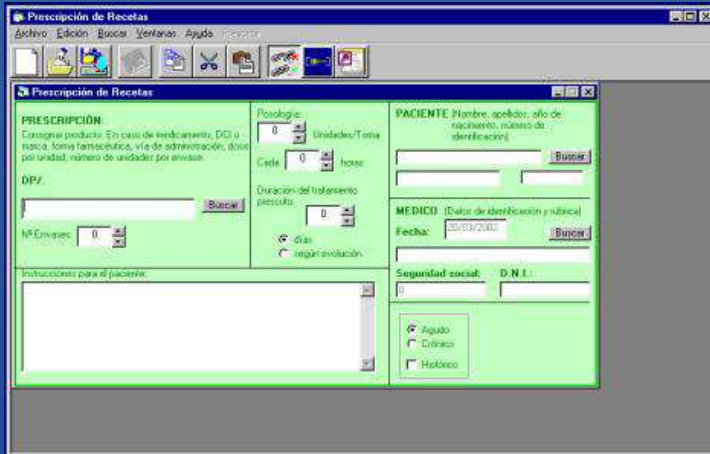


- PRESCRIPTOR: Elimina el Papel.
  - Acceso en todo momento (1año) → Varios Medicamentos
  - Libera un 30% del Tiempo.
  - Firma electrónica.
  - Hoja informativa al paciente.
- FARMACIA: Dispensaciones TT mensuales.
  - Firma electrónica.
  - Registro de Sustituciones.
  - Pausado de Dispensaciones.
- VISADO: electrónico.
- PACIENTE: CIP → Elimina Burocracia.
- VALIDEZ de las RECETAS:
  - 1ª Dispensación: 10 días Naturales.
  - Sigüientes Dispensaciones: Se inicia 10 días N previos a la finalización de la medicación y Termina 20 días después.



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

# RECETA ELECTRÓNICA



**Sistema de Receta Electrónica del Sistema Nacional de Salud**  
**HOJA DE MEDICACION ACTIVA E INFORMACIÓN AL PACIENTE**

<b>ADMINISTRACIÓN U ORGANISMO COMPETENTE</b>	Nombre y apellidos del prescriptor/ enfermero	PACIENTE (Nombre y apellidos) y número de identificación	Año nacimiento
	Dirección _____ Población _____	Fecha de emisión ____/____/____	
Régimen de uso	Nº Colegiado o Nº de Identificación _____ Especialidad _____	Firma del prescriptor/ enfermero	

Código o Número de prescripción	Prescripción/Indicación (Consignar el medicamento – forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y número de unidades por envase)	Posología		Duración del tratamiento
		Unidades	Pauta	

Diagnóstico/s (si procede)

Instrucciones para el paciente:

El paciente autoriza el acceso por el farmacéutico a los tratamientos incluidos en esta relación.  
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.  
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 tel. ....



# 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**

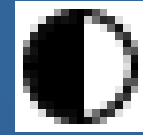


# Visado de la Inspección

- 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.



# 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 ...**

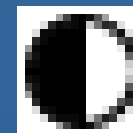


Tabla 2. RESUMEN DE CONTROLES DE **PSICÓTROPOS**

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



# DIETOTERÁPICOS

<b>GASTO FARMACÉUTICO 2010</b>	<b>ENV</b>	<b>GF ACT</b>	<b>GF PEN</b>	<b>GF TOTAL</b>
<b>CABAÑAQUINTA</b>	428	15.809,80	23.289,11	39.098,91
<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b>	1	0,00	220,11	220,11
<b>FIGAREDO</b>	533	8.776,81	41.723,71	50.500,52
<b>GERENCIA Y JUBILADOS</b>	49	0,00	139,87	139,87
<b>MIERES NORTE</b>	778	6.425,89	87.774,85	94.200,74
<b>MIERES SUR</b>	2.980	57.255,85	196.589,12	253.844,97
<b>MOREDA</b>	372	11.508,33	16.015,50	27.523,83
<b>POLA DE LENA</b>	723	9.854,04	55.362,53	65.216,57
<b>GAP VII</b>	<b>5.864</b>	<b>109.630,72</b>	<b>421.114,80</b>	<b>530.745,52</b>



# Medicamentos de *ECM* Especial Control Médico

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



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

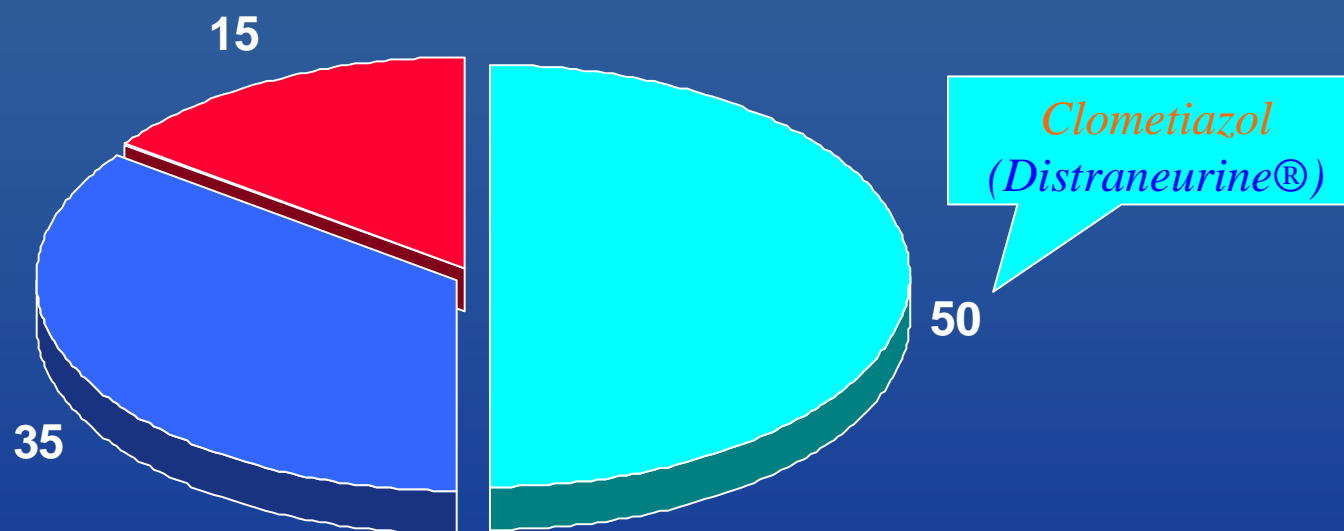
## Real Decreto 1015/2009

# 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**).



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

# PROCEDIMIENTO AUTORIZACIÓN MEDICAMENTO DE USO COMPASIVO

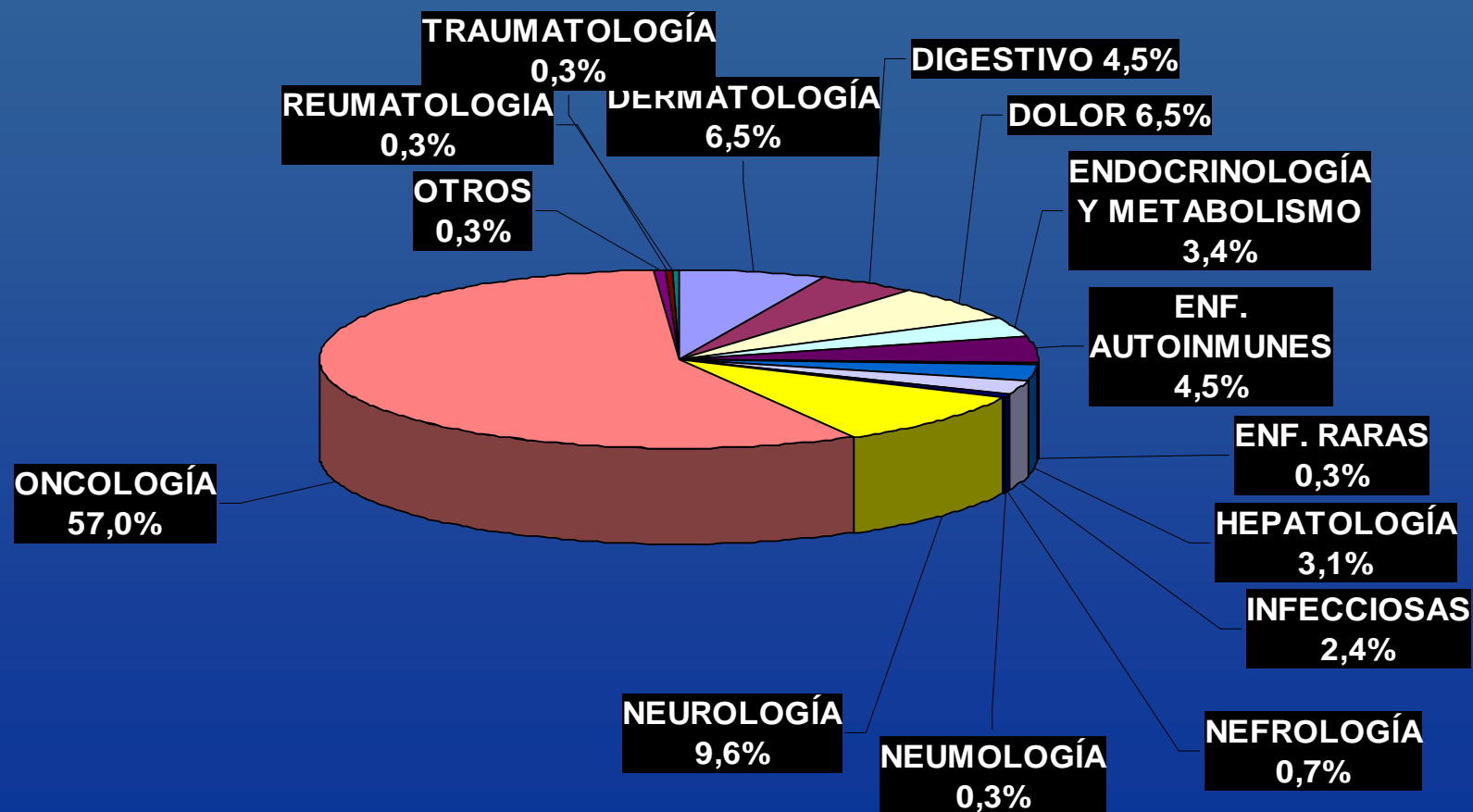
- Autorización de **Acceso**:
  - Individualizado.
  - Protocolo Colectivo.

## 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





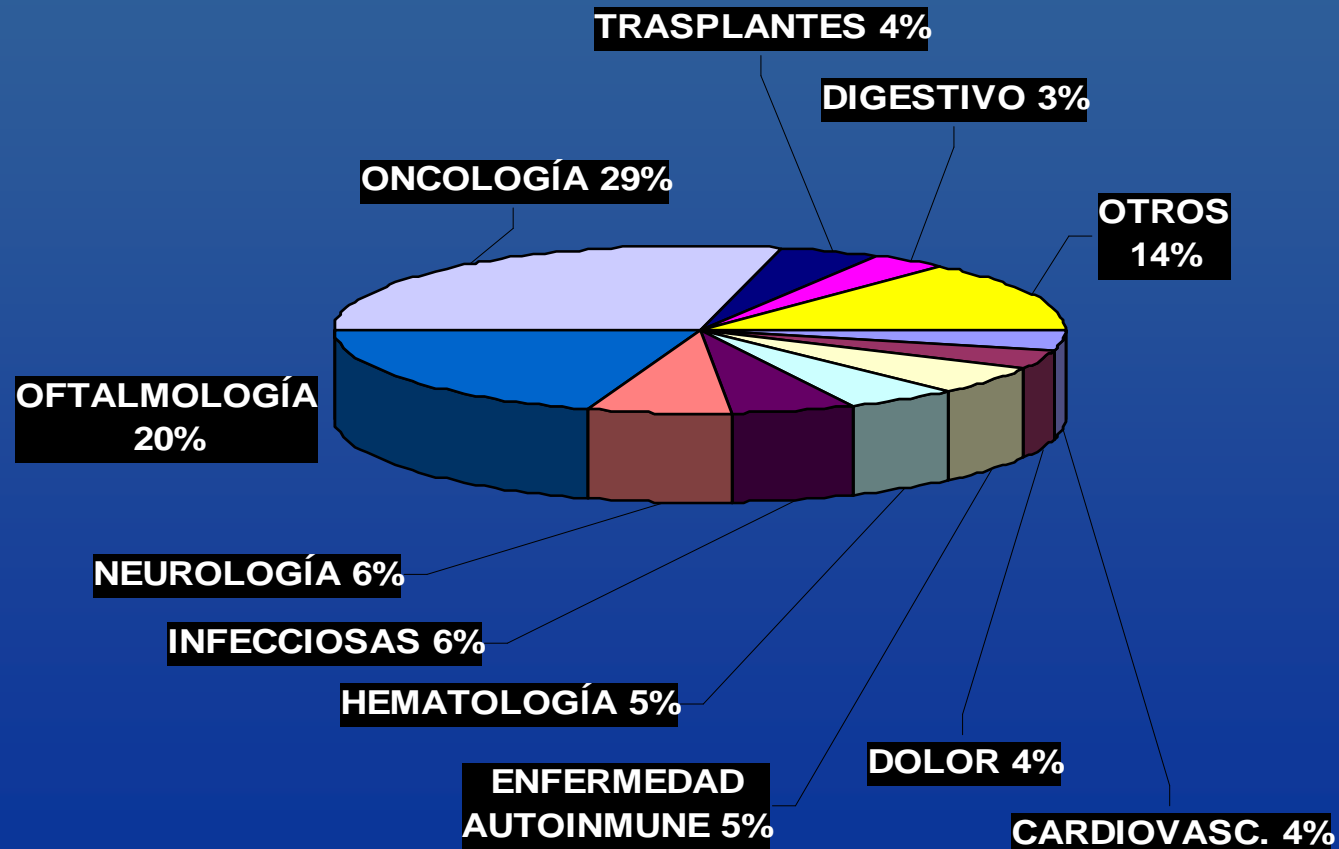
SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

# 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

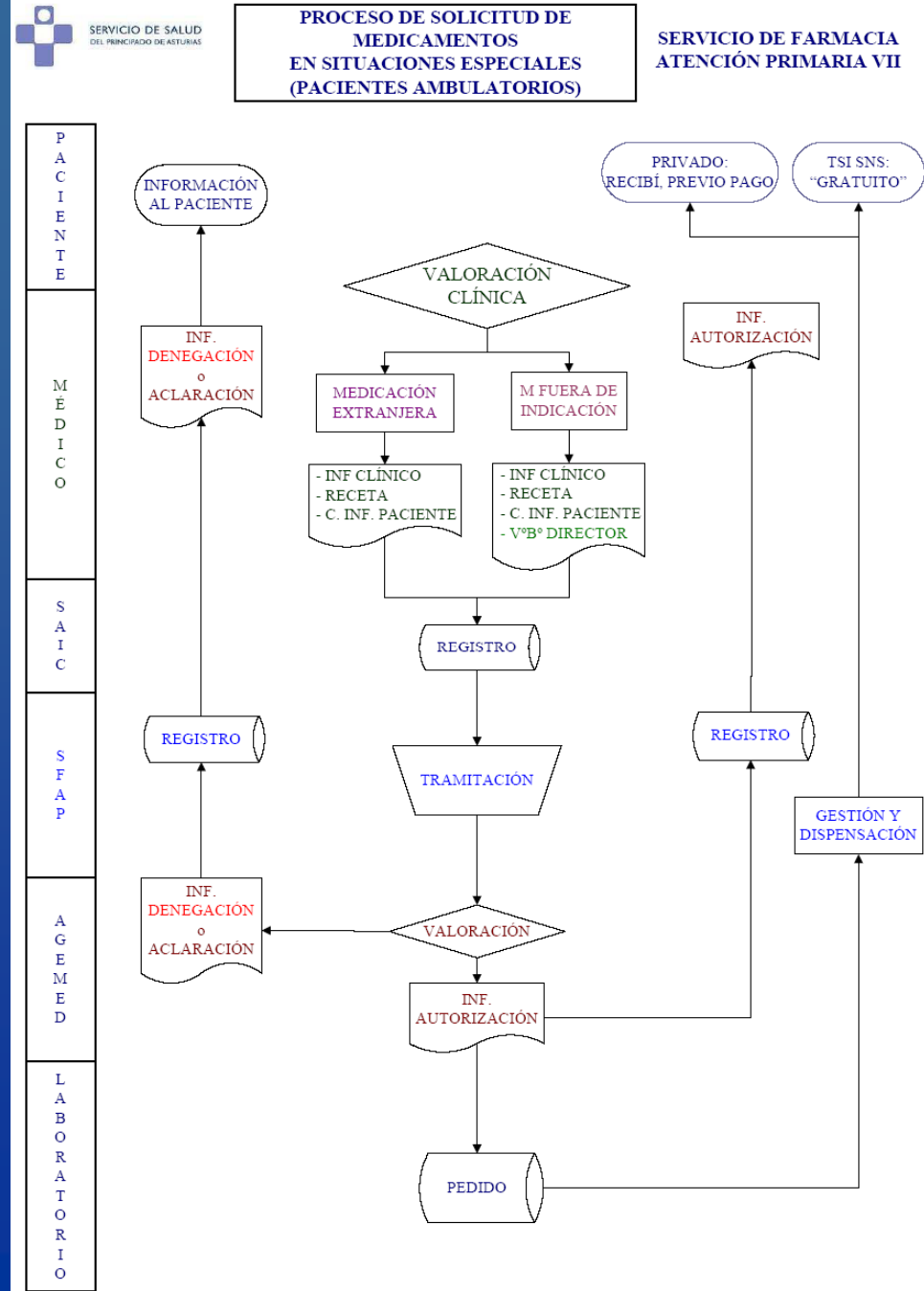
- Medicamentos **no** registrados en España
- Solicitud a través de los SFAP o SFH
- Informe Medico (Escudo, Sello...)
- Para la autorización se precisa que **no** exista alternativa posible en nuestro país.
- Posibilidad de Elaboración de Protocolos por AEMPS de oficio o por solicitud CCAA.



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

# Medicamentos Extranjeros

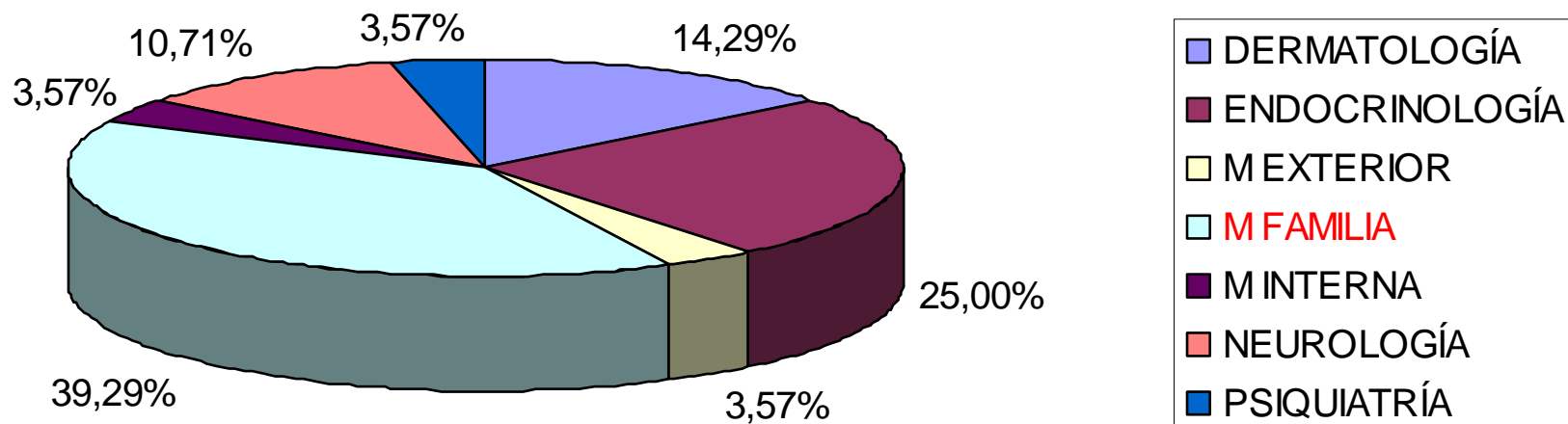
Curso Uso Racional Medicamento.  
Asturias.





# M Extranjeros

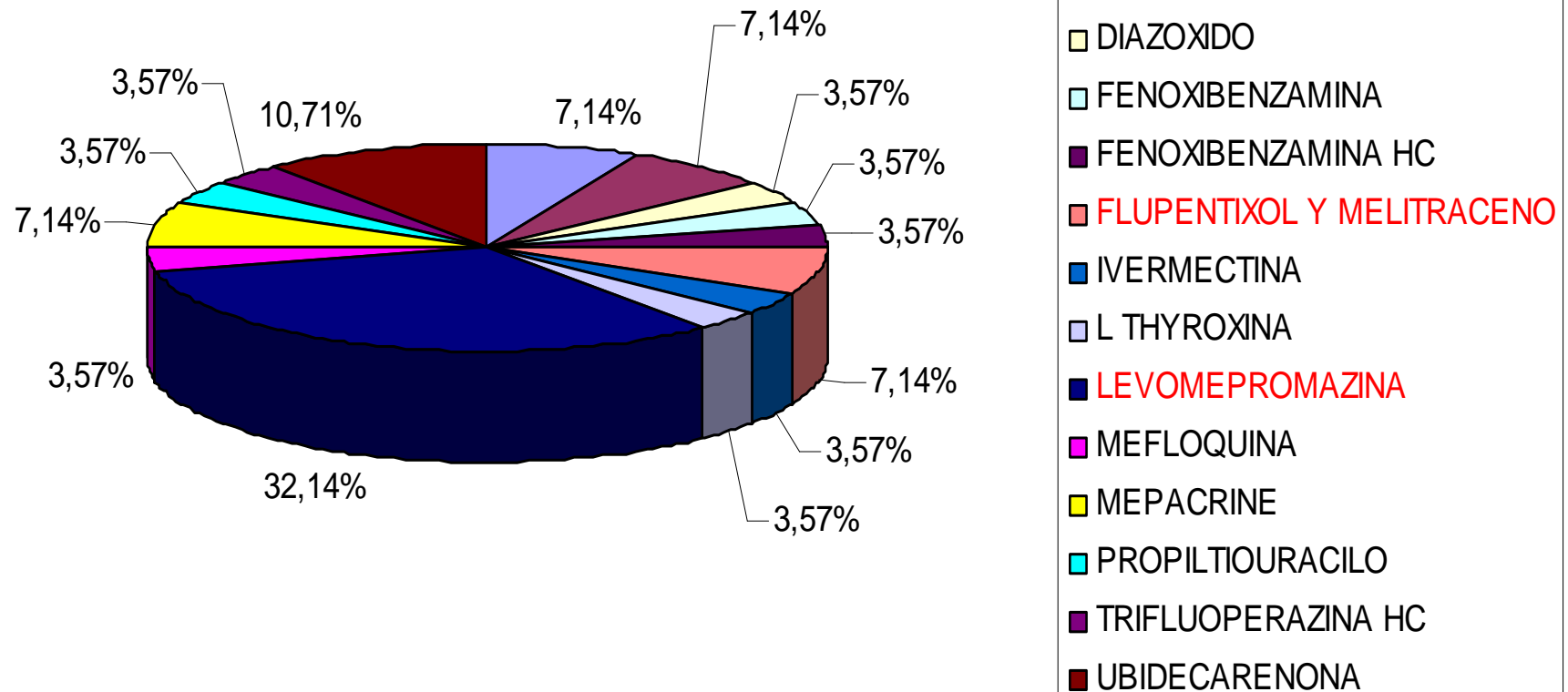
GAP VII MSE % POR ESPECIALIDAD PRESCRIPTORA







# M Extranjeros

GAP VII MSE % PACIENTES NO HOSPITALIZADOS PRINCIPIO ACTIVO





# 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:  MARCA COMERCIAL  MARCA COMERCIAL
  - 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 →  $\Delta V$*



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

# NOTIFICACIONES R ADVERSAS A MEDICAMENTOS

Centro Autonómico 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 (*)	<input type="text"/>	?
Apellido 1 (*)	<input type="text"/>	
Apellido 2	<input type="text"/>	
Nº Historia clínica del paciente	<input type="text"/>	?
Nº Tarjeta sanitaria (UIP)	<input type="text"/>	?
Sexo (*)	<input type="text"/>	
Edad / Grupo de edad (*)	Edad <input type="text"/> Grupo de edad <input type="text"/>	
Peso	<input type="text"/> kg	
Altura	<input type="text"/> cm	

**Siguiente**

Salir



## Notificación de Profesional Sanitario



\* Indica obligatoriedad  
(\*) Indica obligatoriedad condicional

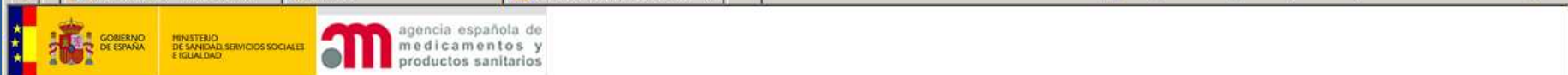
### Información sobre el medicamento que ha podido causar la reacción adversa

Sospecha *	<input type="text"/>	?
Medicamento *	<input type="text"/>	?
Lote y fecha de caducidad	<input type="text"/>	?
Motivo de la prescripción	<input type="text"/>	?
Posología	<input type="text"/>	?
Nº Dosis	<input type="text"/> <input type="text"/>	?
Frecuencia	<input type="text"/> <input type="text"/>	?
Vía de administración	<input type="text"/>	?
Medidas Tomadas *	<input type="text"/>	?
Fecha Inicio *	<input type="text"/>	?
Fecha Fin	<input type="text"/>	?

Grabar medicamento

Anterior Siguiente

Salir



## Notificación de Profesional Sanitario



\* Indica obligatoriedad  
(\*) Indica obligatoriedad condicional

¿Cree que las reacciones que comunica ... \*

- Han puesto en peligro su vida
- Han sido la causa de su hospitalización
- Han prolongado su ingreso en hospital
- Han originado incapacidad persistente o grave
- Ha causado defecto o anomalía congénita
- Han causado la muerte del paciente
- No han causado nada de lo anterior pero considero que es grave
- No han causado nada de lo anterior y considero que NO es grave

Tipo de notificación \*

Error de medicación

**Información sobre la reacción adversa (pueden ser varias)**

Reacción adversa \*

Fecha Inicio \*

Fecha Fin

Desenlace \*

Grabar reacción adversa

Salir

Anterior Siguiente

Notificación directa de Reacciones Adversas a Medicamentos - Windows Internet Explorer

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

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

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

Farandlin2004 - Yahoo! Mail Correo Notificación directa de R... x

Página Seguridad Herramientas

(\*) Indica obligatoriedad condicional

**Información sobre la persona que hace la notificación**

Nombre \*

Apellido 1 \*

Apellido 2

Profesión \*

Especialidad

Correo Electrónico \*

Confirmación correo \*

Teléfono de contacto

Tipo de centro

Centro de Trabajo \*

Dirección Centro de trabajo

Provincia

Código Postal

Población

Observaciones adicionales

**Ficheros adicionales:**

Descripción fichero

Ruta  Examinar...

Adjuntar

IEUVFCMY

Código de Seguridad \*

Listo Internet 100%



**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)	Dosis diaria y vía admón.	Fecha		Motivo de la prescripción
		Comienzo	Final	
(Véase nota 2)		.....	.....	
		.....	.....	
		.....	.....	
		.....	.....	
		.....	.....	
		.....	.....	
		.....	.....	

\* Para las vacunas, indique el número de lote.

REACCIONES	Fecha		Desenlace (P. E.j. 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

16/05

Nombre Paciente		Sexo	Edad	Peso
		<b>Masculino</b>	<b>81</b>	<b>0.00</b>

---

Medicamento	<b>NORMULEN 50/0,2MG 40 COMPRIMIDO</b>	Vacuna	<b>NO</b>	Lote	
Dosis Diaria	1/12	Antecedentes RAM	RAM-871079-NORMULEN 50/0,2MG 40 COMPRIMI 2/02/2005		
Via Administración	<b>ORAL</b>				
Inicio tratamiento	<b>31/01/2005</b>				
Fin tratamiento	<b>2/02/2005</b>				
Motivo Prescripción	<b>FRACTURA DE CALCANEO</b>				

---

Inicio Episodio RAM (A85)	2/02/2005	Reacciones	<b>EPIGASTRALGIA Y ESOFAGITIS</b>
Final Episodio RAM (A85)	10/02/2005		

---

Desenlace **Recuperado**


---

Medicación Activa	
SYMBICORT TURBUHALER 160/4,5MCG 120 DOS POLVO 1 R05 17/07/2003	HIDROSALURETIL 50MG 20 COMPRIMIDOS 1 K86 15/05/2002
NASONEX SPRAY 50MCG/NEB 140 NEBULIZACIONES NA 1 CADA 24 R74 27/12/2004	

---

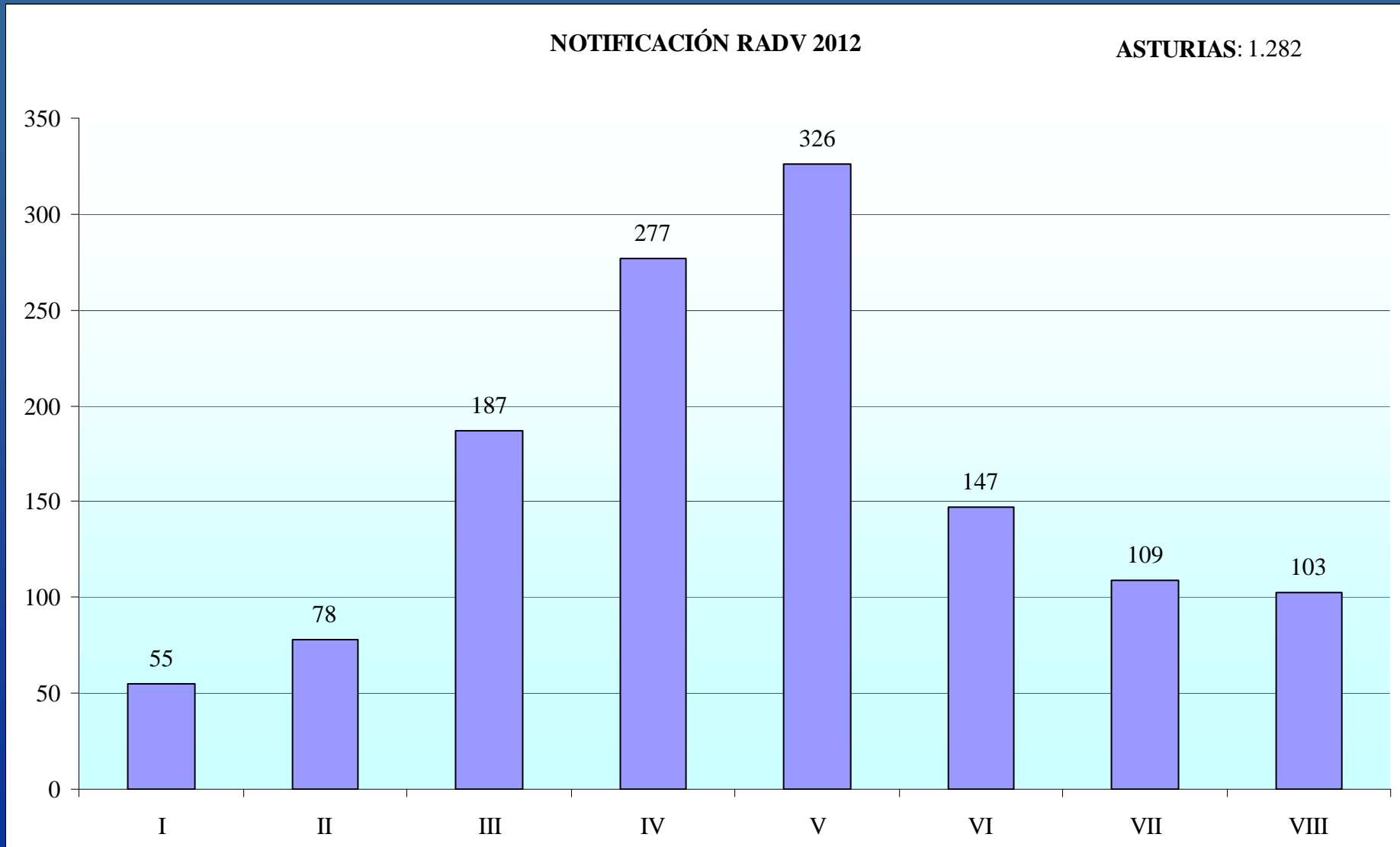
Observaciones Adicionales

---

Notificador		Fecha	Número
		<b>24/02/2005</b>	<b>0507030105G</b>
Centro	Tel.	Firma	
<b>UJO</b>	<b>985421113</b>		
<b>UJO</b>			



# NOTIFICACIONES R ADV












# 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.



# CONDICIONES DE DISPENSACIÓN

## 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)	<b>DH</b>	Diagnóstico Hospitalario
<b>EFP</b>	Especialidad Farmacéutica Publicitaria	<b>H</b>	Especialidad de uso Hospitalario
<b>EFG</b>	Especialidad Farmacéutica Genérica	<b>ECM</b>	Especial Control Médico
<b>EQ</b>	Especialidad Bioequivalente	<b>TLD</b>	Tratamiento de Larga Duración
<b>MTP</b>	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
---	--



# CONDICIONES DE DISPENSACIÓN

SIMBOLOS			
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	
En todos los catálogos, materiales promocionales y cualquier otro tipo de material (no en el etiquetado), los medicamentos que contengan principios activos no autorizados previamente en España, deberán incluir el pictograma que figura a la derecha, durante los primeros cinco años desde su autorización. Para los medicamentos con principios activos ya autorizados, el pictograma aparecerá hasta que se cumplan los primeros cinco años desde la autorización del primer medicamento que los contenga (Real Decreto 1344/2007 de 11 de octubre, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano)			



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.



# APORTACIÓN DEL USUARIO

<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: 4,13 €*

<i>APORTACIÓN POR EL USUARIO</i>	<i>RDL 16/2012</i>		<i>Actualización 2013</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 8,14 €/mes</i>
<i>Rentas entre 18.000 y 100.000 €</i>	<i>50%</i>	<i>10%</i>	<i>Límite máximo de 18,32 €/mes</i>
<i>Rentas superiores a 100.000 €.</i>	<i>60%</i>	<i>60%</i>	<i>Límite máximo de 61,08 €/mes</i>



SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS		Sistema Nacional de Recetas	
VOLANTE DE INSTRUCCIONES AL PACIENTE  P. 3 / 1	<b>PRESCRIPCIÓN</b> (consignar el producto. En caso de medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía administración, dosis por unidad, número de unidades por envase)  DPS Nº env. <input type="text"/>  <i>Mimos</i>	<b>Duración tratamiento</b>  Posología: ..... Unidades/toma Cada ..... horas	<b>PACIENTE</b> (nombre, apellidos, año de nacimiento y número de identificación)
	<b>DIAGNÓSTICO</b> (si procede)	<b>Fecha de prescripción</b> ..... / ..... / .....	<b>MÉDICO</b> (datos de identificación y firma)
	<b>INSTRUCCIONES AL PACIENTE</b>	<b>INSTRUCCIONES DEL FARMACÉUTICO</b> (si procede)	

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.

TB4 0060218

RECETA ORIGINARIA / PENSIONADA  
**PRIMARIA**  
CUADERNO CULTURAL  
AÑO 4 - NÚMERO 7 - OCTUBRE DE 2008