

PROTOCOLO DE CONSULTA DE INDICACIÓN

FARMACÉUTICO/A RESPONSABLE:

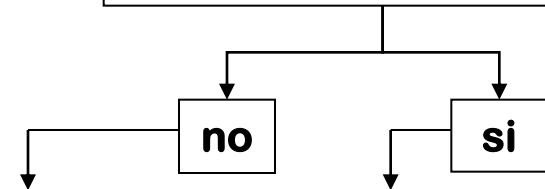
FECHA:

Código PACIENTE _____

PROBLEMA DE SALUD			
EDAD:		SEXO:	
PERSONA QUE ACUDE			
ALERGIAS			
HÁBITOS DE VIDA			
TRATAMIENTOS ACTIVOS			

Criterios de derivación:

- ¿EMBARAZO? ¿LACTANCIA?
- ¿NIÑO < 7 AÑOS?
- ¿PS > 7 DÍAS DE DURACIÓN?
- ¿USO DE OTRO MNTO SIN BENEFICIO PARA EL PS?
- ¿PS DERIVADO DE RAM?



Dispensación

EFP	Posología/ Duración	Dificultad de uso	Tratamiento anterior
RAM	Interacciones	Actitud del farmacéutico	Consejos

No dispensación

DERIVACIÓN AL MÉDICO

PROTOCOLO DE DISPENSACIÓN ACTIVA

FARMACÉUTICO/A RESPONSABLE:

FECHA:

Código PACIENTE _____

EDAD:	SEXO:
TIPO DE RECETA	
PERSONA QUE ACUDE	
ALERGIAS	
TRATAMIENTOS ACTIVOS	

Verificación Criterios de NO dispensación

Comentarios:

¿Para qué lo toma?	
¿Cuánto toma?	
¿Cuándo lo toma?	
¿Hasta cuándo lo tiene que tomar?	
¿Cómo lo toma?	

¿Es la primera vez que lo toma o le han cambiado algo?

¿Continúa con el mismo tratamiento?

¿Cómo le va?	
¿Algún problema?	

Dispensación

Principio activo	Posología/Duración	Dificultad de uso	Tratamiento anterior
RAM	Interacciones	Actitud del farmacéutico	Consejos