



H-12.3

NORMAS GENERALES PARA EL ALMACENAMIENTO, PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Fecha de revisión: 27-oct-10

DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS DE ESPECIAL CONTROL

INTRODUCCION:

Con el objeto de garantizar el uso racional de medicamentos en el Hospital, es necesario establecer medidas en la dispensación de determinados medicamentos sujetos a un **especial control** en su distribución, medidas dirigidas a garantizar el derecho del paciente a recibir la mejor terapia cuando las primeras alcanzan su límite. Los medicamentos incluidos en esta categoría son:

- Medicamentos Estupefacientes y Psicotropos
- Medicamentos de Uso restringido
- Medicamentos Extranjeros
- Medicamentos de Uso compasivo
- Medicamentos de Especial control
- Medicamentos de Dispensación Hospitalaria a pacientes Ambulatorios (objeto de otro PNT)
- Medicamentos en Fase de Investigación clínica (objeto de en otro PNT)

La dispensación de este tipo de medicamentos, se realizará teniendo en cuenta las siguientes premisas, que serán comunes al sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias y al sistema de distribución de medicamentos por reposición de stock ó sistema tradicional:

MEDICAMENTOS ESTUPEFACIENTES Y PSICOTROPOS:

Los medicamentos estupefacientes son un caso especial dentro de la legislación farmacéutica española, como se señala en La Ley 25/1990, de 20 de diciembre en el artículo 41 de la Ley del medicamento:

"Las sustancias medicinales estupefacientes incluidas en la "Convención Única sobre Estupefacientes" y las sustancias psicotrópicas incluidas en el "Convenio sobre sustancias Psicotrópicas" y los medicamentos que las contengan, se registrarán por esta ley y por su legislación especial".

MEDICAMENTOS ESTUPEFACIENTES Y PSICOTROPOS: (continuación)

1. DEPÓSITOS DE MEDICAMENTOS ESTUPEFACIENTES EN EL HURS:

Las áreas, servicios médicos o unidades funcionales del hospital podrán disponer de depósitos de medicamentos estupefacientes para los usos propios de su actividad.

El depósito de medicamentos estupefacientes requerirá autorización previa de la dirección del hospital y contará con una instalación independiente, segura y adecuada a sus fines (armario o caja de seguridad dotada de llave), no necesario para los medicamentos psicotropos.

Los depósitos de medicamentos estupefacientes de las áreas, servicios médicos o unidades funcionales del hospital garantizarán el cumplimiento de las prácticas para la correcta conservación y custodia de los mismos.

2. VALES DE PETICION DE MEDICAMENTOS ESTUPEFACIENTES:

La dispensación de medicamentos estupefacientes requerirá de la presentación previa de una receta especial destinada exclusivamente a la petición de sustancias estupefacientes en el HURS, cumplimentada por el médico responsable del tratamiento.

Los vales de petición de medicamentos estupefacientes (receta de estupefaciente) constituyen el documento a través del cual se realiza el suministro y reposición de los medicamentos estupefacientes en los servicios médicos o unidades hospitalarias.

Los vales de petición de medicamentos estupefacientes forman un talonario con hojas numeradas con **cuerpo y matriz**.

Al realizar la petición de un estupefaciente, se deberá cumplimentar tanto el cuerpo de la receta como la matriz.

En la matriz deben figurar los siguientes datos:

- a) Nombre del Hospital.
- b) Servicio que solicita el estupefaciente.
- c) Nombre y Apellidos del Médico Prescriptor o Responsable.
- d) Nombre del Enfermo.
- e) Medicamento Estupefaciente solicitado y nº de ejemplares.
- f) Fecha y firma del médico.

En el cuerpo de la receta deben cumplimentarse claramente:

- a) Nombre del Hospital y Provincia.
- b) Servicio que solicita el estupefaciente.
- c) Nombre, Apellidos y nº de colegiado ó CNP del Médico prescriptor.
- d) Nombre del Enfermo y ubicación (cama y/ó nº HC).
- e) Medicamento Estupefaciente solicitado y forma farmacéutica (si se trata de una fórmula magistral se indica y detalla en el dorso).
- f) Nº de ejemplares en letra.
- g) Fecha y firma del médico.

En caso de hacerse alguna rectificación de algunos de los datos cumplimentados, se tachará el dato erróneo, escribiéndose el nuevo dato con la rúbrica del facultativo indicando: "VALE ENMIENDA".

MEDICAMENTOS ESTUPEFACIENTES Y PSICOTROPOS: (continuación)

Si la cantidad solicitada no coincide con la suministrada, se consignará, tanto en el cuerpo como en la matriz, la cantidad suministrada.

Cada vale de petición se utilizará exclusivamente para **un solo medicamento estupefaciente**, siendo las cantidades máximas a solicitar por receta:

- Morfina 1% IV : 10 ampollas.
- Fentanilo parches: 5 parches.
- Morfina v.o liberación rápida: 12 comprimidos.
- Morfina v.o liberación controlada: 10 comprimidos.
- Petidina IV: 10 ampollas.
- Metadona IV: 10 ampollas.

El talonario de estupefacientes deberá custodiarse en la unidad o servicio médico hasta que se termine.

La entrega de un nuevo talonario se realizará en el Servicio de Farmacia, a la supervisora de la unidad (ó persona autorizada), previa entrega de la matriz del talonario agotado.

3. LIBRO DE MOVIMIENTO DE ESTUPEFACIENTES:

El **libro de movimiento de medicamentos** estupefacientes es el instrumento documental utilizado para el control de la distribución dentro del hospital, cada servicio, unidad clínica ó botiquín cumplimentará un libro, registrando los movimientos de los medicamentos estupefacientes.

El libro consta de hojas numeradas correlativamente, selladas en cada folio y será autenticado en la portada o primera hoja por el Jefe del Servicio.

Cada hoja del libro se utilizará exclusivamente para registrar los movimientos (entradas y salidas) de un medicamento estupefaciente, debiendo figurar en la misma los siguientes datos:

- a) Medicamento estupefaciente, dosis, vía y forma farmacéutica.
- b) Identificación del servicio al que se suministra, con fecha de entrada y salida.
- c) Relación fechada de movimientos de entrada, salida y existencias.
- d) Identificación del enfermo a quien se le administra mediante nombre, apellidos y número de historia clínica.
- e) Nombre y apellidos del médico prescriptor.
- f) Firma del profesional sanitario que administró la dosis.

Una vez acabado el libro se solicitará un nuevo ejemplar y este se entregará al Servicio de Farmacia.

MEDICAMENTOS ESTUPEFACIENTES Y PSICOTROPOS: (continuación)

4. DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS ESTUPEFACIENTES:

A) DISPENSACIÓN EN UNIDADES CON SDMDU:

La dispensación a través de dosis unitarias requerirá la cumplimentación de un documento que justifique la dispensación y administración del medicamento, es decir la prescripción en la Orden Médica y además la de la receta de estupefacientes.

La copia de la RECETA DE ESTUPEFACIENTES correctamente cumplimentada (firmada y fechada), será enviada al Servicio de Farmacia por la enfermera responsable del paciente, a través de la línea de fax.

Una vez recepcionada y validada, se acondicionará el estupefaciente en sobres identificados con la cama del paciente y la Unidad en la que está ingresado para gestionar su envío a planta.

La dispensación de los mismos **NO** se realizará en los cajetines de los carros de U.D.

El personal de EULEN entregará el estupefaciente a la enfermera responsable del paciente, recibiendo a cambio la RECETA ORIGINAL, que llevará al Servicio de Farmacia.

B) DISPENSACIÓN EN UNIDADES CON REPOSICIÓN DE STOCK:

La dispensación de medicamentos estupefacientes requerirá la presentación de la receta de estupefacientes correctamente cumplimentada, que se entregará en el Servicio de Farmacia en espera de ser preparada (cantidades máximas a dispensar según apartado 2 (vales de petición).

En horario de tarde, **incluyendo festivos**, la entrega del estupefaciente se realizará previo envío de la copia de la RECETA DE ESTUPEFACIENTES correctamente cumplimentada (firmada y fechada), al Servicio de Farmacia por la enfermera responsable del paciente, a través de la línea de fax.

Una vez recepcionada y validada en Farmacia, se acondicionará el estupefaciente en sobres identificados con la cama del paciente y la Unidad en la que está ingresado para gestionar su envío a planta a través de la empresa EULEN.

5. DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS ESTUPEFACIENTES:

La devolución de medicamentos **estupefacientes** al servicio de farmacia hospitalaria por haber vencido su período de validez u otro motivo, se efectuará utilizando los mismos vales que se utilizan para la reposición de medicamentos **estupefacientes** rotulados de forma clara y visible con la palabra "Devolución".

6. DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS PSICOTROPOS:

En el HURS, se tratarán como cualquier otro fármaco al ser dispensados.

(Anexo I) Listado de Estupefacientes y Psicotropos

FÁRMACOS USO RESTRINGIDO:

La prescripción de fármacos catalogados como "Uso Restringido" por la Comisión de Farmacia y Terapéutica, conllevará a la realización (por parte del facultativo prescriptor) de un informe aportando en el mismo los datos clínicos necesarios en función del tipo de fármaco, así como antibiograma, fungigrama, etc si se hubiera establecido de esta forma ó cumplimentar el impreso de solicitud del fármaco en el caso de estar diseñado.

Los impresos de solicitudes de fármacos con formato definido son: **(Anexo II)**

- **Adefovir**
- Bortezomib
- Carmustina Implantes
- Cinacalcet
- Doxorrubicina Liposomal Pegilada
- Doxorrubicina Liposomal
- Eritropoyetina en Cirugía Ortopédica
- Ertapenem
- Infliximab en Espondilitis Anquilosante
- Paricalcitol
- Pemetrexed
- Etanercept en Psoriasis

La dispensación a través de dosis unitarias requerirá la cumplimentación de un documento que justifique la dispensación y administración del medicamento (informe clínico) y además la prescripción en la Orden Médica.

En el caso de que el médico realice la prescripción, pero no cumplimente el impreso, al introducir la línea del fármaco en el perfil del paciente, se solicitará explícitamente el INFORME, no haciéndose efectiva la dispensación hasta que no sea enviado al Servicio de Farmacia.

Si la dispensación se realiza a servicios con sistema de distribución de medicamentos por reposición de stock, las condiciones serán las mismas.

MEDICAMENTOS EXTRANJEROS:

Se entiende como MEDICAMENTO EXTRANJERO aquel que no ha sido registrado en España, y por lo tanto, no dispone de autorización para su comercialización ni para su uso, que no exista otro similar registrado en España y que su indicación sea específica y necesaria para el tratamiento del paciente.

1-. PETICIÓN:

Cuando un médico solicita una especialidad farmacéutica extranjera, debe cumplimentar una documentación de solicitud general que consiste en los formularios **A2 y A3** (**Anexo 3**).

- **A2:** datos de la especialidad (firmado por el médico y por el farmacéutico).
- **A3:** datos del paciente (firmado por el médico).

Hay medicamentos extranjeros que además requieren otra documentación específica (datos analíticos, etc).

Una vez rellenada por el médico esta documentación de solicitud, se enviará al Servicio de Farmacia para poder gestionar su petición a Medicamentos Extranjeros, el cual dispensará el medicamento a través del SDMDU o por envío a planta con reposición de stock una vez haya sido autorizado y enviado por Medicamentos extranjeros al Servicio.

(**Anexo 4**) Listado de Medicamentos Extranjeros

2-. AUTORIZACIÓN:

Cuando el Ministerio (departamento M. Extranjeros) recibe una petición, revisa toda la documentación y emite el correspondiente informe favorable o desfavorable. En caso de informe favorable, el Servicio de Farmacia recibirá una AUTORIZACIÓN para un suministro de inicio y en caso de informe desfavorable, recibirá una nota informativa señalando los motivos por los cuales no procede la importación, en ambos casos la respuesta será enviada al médico prescriptor para así poder archivarla en la Historia clínica del paciente.

La AUTORIZACIÓN será concedida cuando este medicamento resulte imprescindible para el tratamiento o diagnóstico de patologías concretas y no se disponga en España de otra alternativa.

3-. DISPENSACIÓN EN DOSIS UNITARIAS:

En general, la dispensación de un medicamento extranjero, no puede ser inmediata, ya que es necesario realizar los trámites descritos anteriormente, recibir la aprobación del tratamiento y esperar adquirir el medicamento. Esto no sucederá así, en el caso de que el medicamento extranjero prescrito se solicite por Reposición de Stock, Ejemplo: Sulfato de Magnesio IV, en este caso la prescripción del medicamento extranjero, supondrá la inclusión del mismo en el perfil del paciente y su dispensación en los cajetines de los CARROS de la unidosis según circuito habitual.

En el caso de que el medicamento extranjero se deba solicitar por paciente, el fármaco no se dispensará hasta que se haya obtenido la aprobación y se haya recepcionado en el Servicio, incluyendo en este momento la línea que describa la prescripción en el perfil del paciente, a excepción de casos urgentes como el tratamiento con Dantroleno, que se dispensará gestionándose su petición para posterior reposición.

MEDICAMENTOS USO COMPASIVO:

Se conoce como **Uso Compasivo** el tratamiento con un medicamento que se pretende utilizar para una indicación diferente a la que está aprobada siempre y cuando el médico, bajo su exclusiva responsabilidad, considera indispensable su utilización.

1-. PETICIÓN:

Para utilizar un medicamento como Uso compasivo se necesita cursar una petición al Ministerio de Sanidad y Consumo adjuntando una documentación precisa. Esta documentación será revisada por la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios que procederá a autorizar o denegar caso particular. La denegación siempre vendrá acompañada de un informe con los motivos. Si la petición realizada por el médico especialista es muy novedosa, conviene adjuntar además bibliografía que la respalde.

La **documentación requerida** para solicitar un medicamento como uso compasivo es la siguiente:

- Autorización del Director Médico del Hospital Reina Sofía (firmada por el director médico).
- Consentimiento informado (firmado por el paciente y el médico).
- Compromiso médico (firmado por el médico).
- Informe clínico (firmado por el médico).

Esta documentación, debidamente cumplimentada, fechada y firmada, será dirigida al Ministerio de Sanidad y Consumo.

2-. AUTORIZACIÓN:

La AUTORIZACIÓN de un medicamento como Uso compasivo es válida para TODO EL TRATAMIENTO y para un paciente en concreto; una autorización nunca es extrapolable a otros pacientes, aunque la situación sea la misma.

Cuando el medicamento haya sido **autorizado para su Uso Compasivo**, en primer lugar el Servicio de Farmacia recibe una AUTORIZACIÓN por escrito, que se remitirá al médico prescriptor, ante la que se realizará la dispensación.

3.- DISPENSACIÓN:

Cuando el medicamento llegue a farmacia, se avisará al médico y al paciente si procede y se dispensará a través del SDMDU o por reposición a planta.

ANEXO 1: LISTADO DE MEDICAMENTOS PSICOTROPOS Y ESTUPEFACIENTES

ESTUPEFACIENTES	
Medicamento	Nombre comercial
ALFENTANILO 1 mg /2 ml amp	LIMIFEN amp 0,5 mg/ml 2 ml E/5
FENTANILO 0,15 mg/3 ml amp	FENTANEST amp 3 ml E/5 (K)
FENTANILO 100 mcg parche	DUROGESIC Matrix parches 100 m
FENTANILO 25 mcg parche	DUROGESIC Matrix parches 25 mg
FENTANILO 50 mcg parche	DUROGESIC Matrix parches 50 mg
METADONA 10 mg amp	METASEDIN amp 1 ml E/12
METADONA 5 mg comp	METASEDIN comp 5 mg E/20
METADONA comp	
MORFINA 10 mg comp	SEVREDOL comp 10 mg E/12
MORFINA 10 mg MST comp	MST-10 Continus comp E/100
MORFINA 10 mg/ 1ml amp	CLORURO MORFICO 1% amp 1 ml E/10
MORFINA 100 mg MST comp	MST-100 Continus comp E/100
MORFINA 2% s/c 20 ml vl	CLORURO MORFICO 2% S/C vial 20
MORFINA 20 mg comp	SEVREDOL comp 20 mg E/12
MORFINA 30 mg MST comp	MST-30 Continus comp E/100
MORFINA 4% amp 10 ml	MORFINA 4% amp 10 ml E/10
MORFINA 60 mg MST comp	MST-60 Continus comp E/100
PETIDINA 100 mg/2 ml amp	DOLANTINA amp 100 mg/2 ml E/1
REMIFENTANILO 1 mg/3 ml vl	ULTIVA vial 1 mg 3 ml E/5

PSICOTROPOS	
Medicamento	Nombre comercial
ALPRAZOLAM 0.25 mg comp	ALPRAZOLAM N. comp 0,25 mg E/5
ALPRAZOLAM 0.5 mg comp	TRANKINAZIN comp 0,5 mg E/500
ALPRAZOLAM 1 mg comp	ALPRAZOLAM N. comp 1 mg E/500
BROMAZEPAN 1.5 mg cap	LEXATIN cap 1,5 mg E/500
BUPRENORFINA 0,3 mg amp	BUPREX amp 0.3 mg 1 ml E/6
CLOBAZAM 10 mg comp	NOIAFREN comp 10 mg E/20
CLONAZEPAM 0.5 mg comp	RIVOTRIL comp 0,5 mg E/60
CLONAZEPAM 1 mg amp	RIVOTRIL amp 1 mg E/50
CLONAZEPAM 2,5 mg/ml gotas	RIVOTRIL gotas 10 ml
CLORAZEPATO 2,5 mg sobre	TRANXILIUM Pediat sobres E/20
CLORAZEPATO DIPOT. 50 mg cap	TRANXILIUM cap 50 mg E/500
CLORAZEPATO DIPOT. 10 mg cap.	TRANXILIUM cap 10 mg E/500
CLORAZEPATO DIPOT. 15 mg cap	TRANXILIUM cap 15 mg E/500
CLORAZEPATO DIPOT. 20 mg vl	TRANXILIUM inyect 20 mg E/50
CLORAZEPATO DIPOT. 5 mg cap	TRANXILIUM cap 5 mg E/500
CLORAZEPATO DIPOT. 50 mg vl	TRANXILIUM inyect 50 mg E/50
DIAZEPAM 10 mg comp	DIAZEPAM Prodes comp 10 mg E/5
DIAZEPAM 10 mg microenema	STESOLID microenema 10 mg E/5
DIAZEPAM 10 mg sup	DIAZEPAM sup 10 mg E/10 (1)
DIAZEPAM 10 mg/2 ml amp	VALIUM amp 10 mg/ 2ml E/100
DIAZEPAM 5 mg comp	DIAZEPAM Prodes comp 5 mg E/50
DIAZEPAM 5 mg microenema	STESOLID microenema 5 mg E/5
DIAZEPAM 5 mg sup	DIAZEPAM sup 5 mg E/10 (1)
FENOBARBITAL 100 mg comp	LUMINAL comp 100 mg E/50
FENOBARBITAL 15 mg comp	LUMINALETAS comp 15 mg E/30
FENOBARBITAL 200 mg amp	LUMINAL amp 200 mg 1 ml E/10

PSICOTROPOS	
Medicamento	Nombre comercial
FLUNITRAZEPAM 1 mg comp	ROHIPNOL comp 1 mg E/20
FLUNITRAZEPAM 2 mg/1 ml amp	ROHIPNOL amp 2 mg 1 ml E/50
LORAZEPAM 1 mg comp	LORAZEPAM "N" comp 1 mg E/500
LORAZEPAM 5 mg comp	IDALPREM comp 5 mg E/20 (1)
LORMETAZEPAM 1 mg comp	NOCTAMID comp 1 mg E/500
LORMETAZEPAM 2 mg comp	NOCTAMID comp 2 mg E/500
MIDAZOLAM 15 mg/ 3ml amp	MIDAZOLAM "N" amp 15 mg/3 ml E
MIDAZOLAM 5 mg/5 ml amp	MIDAZOLAM "N" amp 5 mg/5 ml E/
MIDAZOLAM 50 mg/ 10ml amp	MIDAZOLAN "C" amp 5 mg/ml 10 m
TETRAZEPAM 50 mg comp	MYOLASTAN comp 50 mg E/30
TIOPENTAL SODICO 0.5 g vl	PENTOTHAL SODICO vial 0.5 g E/
TIOPENTAL SODICO 1 g vl	PENTOTHAL SODICO vial 1 g E/1
ZOLPIDEM 10 mg comp	ZOLPIDEM "N" comp 10 mg E/500

ANEXO 2: IMPRESOS SOLICITUD FÁRMACOS USO RESTRINGIDO

- | | |
|------------------------------------|---|
| I. Adefovir | VII. Eritropoyetina en Cirugía Ortopédica |
| II. Bortezomib | VIII. Ertapenem |
| III. Carmustina Implantes | IX. Infliximab en Espondilitis Anquilosante |
| IV. Cinacalcet | X. Paricalcitol |
| V. Doxorubicina Liposomal Pegilada | XI. Pemetrexed |
| VI. Doxorubicina Liposomal | XII. Etanercept en Psoriasis |



I. ADEFOVIR:

		Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD		Hospital Universitario Reina Sofía COMISIÓN DE FARMACIA Y TERAPEUTICA	
				n° historia clínica	
PACIENTE			FACULTATIVO PRESCRIPTOR		
apellidos		nombre		apellidos, nombre	
edad	peso	n° seguridad social		firma	
centro	planta	habitación	cama	fecha	

SOLICITUD DE TRATAMIENTO CON ADEFOVIR

DATOS DIAGNÓSTICOS Y DE INTERÉS

	SI	NO	posología	duración
Tratamiento con Lamivudina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Determinación de mutaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Función renal adecuada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ClCr _____ ml/min	
Número de copias DNA virus/ml.	_____			
Nivel de transaminasas	_____			

MEDICAMENTO SOLICITADO: ADEFOVIR DIPIVOXIL 10MG (HEPSERA®)

posología _____

tratamiento para _____ mes (primer, segundo, tercer...): 1 envase

A CUMPLIMENTAR POR EL SERVICIO DE FARMACIA

Procede la dispensación No procede la dispensación

Motivo _____

Farmacéutico

Córdoba, a ____ de _____ de 200 ____

II. BORTEZOMIB:

		Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD		Hospital Universitario Reina Sofía COMISIÓN DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA			
				n° historia clínica			
PACIENTE				FACULTATIVO			
apellidos		nombre		apellidos, nombre			
edad	peso	sc. m ²	n° seguridad social/ tarjeta sanitaria	servicio peticionario			
centro		planta		habitación	cama	consulta	

SOLICITUD DE TRATAMIENTO CON BORTEZOMIB

DATOS PRELIMINARES

Tratamientos previos dexametasona thalidomida

Edad _____

Índice Karnofsky _____

Función renal CICr _____ ml/min

Función hepática AST _____ ALT _____ Bilirrubina total _____

Hemograma Hb _____ g/dl ANC _____ /mm³ Plaquetas _____ / μ L

% de células plasmáticas en la médula _____

Ciclo de tratamiento n° _____

BORTEZOMIB PARA TERCER CICLO O POSTERIORES

Respuestas del paciente RC RP RM EE

A CUMPLIMENTAR POR EL SERVICIO DE FARMACIA

procede la dispensación 4 viales por ciclo

no procede la dispensación

motivo _____

farmacéutico

Córdoba, a ____ de _____ de 200 ____ Firmado _____



III. CARMUSTINA IMPLANTES:

		Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD	Hospital Universitario Reina Sofía COMISIÓN DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA
			n.º historia clínica
PACIENTE		FACULTATIVO PRESCRIPTOR	
apellidos _____ nombre _____		apellidos, nombre _____	
edad _____ peso _____	n.º seguridad social _____		firma _____
centro _____	planta _____	habitación _____	cama _____ fecha _____

SOLICITUD DE TRATAMIENTO CON CARMUSTINA IMPLANTES (GLIADEL®)

CRITERIOS DE RESTRICCIÓN

Diagnóstico: Glioblastoma multiforme SI NO

primario recidiva

Índice de Karnofsky _____

Edad _____

% posible de resección _____

A CUMPLIMENTAR POR EL SERVICIO DE FARMACIA

Procede la dispensación No procede la dispensación

Motivo _____

Farmacéutico

Córdoba, a ____ de _____ de 200 ____



IV. CINACALCET:



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Reina Sofia
COMISIÓN DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA

n° historia clínica

PACIENTE				FACULTATIVO PRESCRIPTOR	
apellidos		nombre		apellidos, nombre	
edad		n° seguridad social		firma	
centro	planta	habitación	cama	fecha	

Diagnóstico _____

SOLICITUD DE TRATAMIENTO CON CINACALCET

ALTERNATIVAS EMPLEADAS Y RESULTADOS (Completar sólo la primera vez)

Tratamiento	Sí	No	Tiempo utilizado	Valor PTH	Calcio
Calcitriol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ meses	_____ pg/ml	_____ mg/dl
Paricalcitol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ meses	_____ pg/ml	_____ mg/dl
Sevelamer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ meses	_____ pg/ml	_____ mg/dl

TRATAMIENTO CON EL QUE CONTINÚA

	Sí	No			
<input type="checkbox"/> Cinacalcet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 30 mg	<input type="checkbox"/> 60 mg	<input type="checkbox"/> 90 mg
<input type="checkbox"/> Paricalcitol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Sevelamer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Otros _____					

A CUMPLIMENTAR POR EL SERVICIO DE FARMACIA

Procede la dispensación

No procede la dispensación

Motivo _____

Farmacéutico

Córdoba, a ____ de _____ de 200__ firma _____

FBI/LS

V. DOXORRUBICINA LIPOSOMAL PEGILADA:

		Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD	Hospital Universitario Reina Sofía COMISIÓN DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA	
		n.º historia clínica 		
PACIENTE			FACULTATIVO PRESCRIPTOR	
apellidos		nombre	apellidos, nombre	
edad	peso	superficie corporal	n.º seguridad social	
centro		planta	habitación	cama
			firma	
			fecha	

SOLICITUD DE TRATAMIENTO CON DOXORRUBICINA LIPOSOMAL PEGILADA (CAELYX®)

DATOS DIAGNÓSTICOS Y DE INTERÉS

	SI	NO	dosis acumulada
Tratamiento con Doxorubicina convencional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otros tratamientos:			
Carboplatino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cis-Platino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Oxaliplatino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otros _____			
Neutrófilos/mm ³	_____		
Plaquetas/mm ³	_____		

MEDICAMENTO SOLICITADO: DOXORRUBICINA LIPOSOMAL PEGILADA (CAELYX®)

Tratamiento para _____ ciclo (primero, segundo, etc...)

Pauta _____ mg/m² Número de viales _____

A CUMPLIMENTAR POR EL SERVICIO DE FARMACIA

Procede la dispensación No procede la dispensación

Motivo _____

Farmacéutico

Córdoba, a _____ de _____ de 200 ____

VI. DOXORRUBICINA LIPOSOMAL (MYOCET):

		Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD		Hospital Universitario Reina Sofía COMISIÓN DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA	
					n° historia clínica
PACIENTE				FACULTATIVO PRESCRIPTOR	
apellidos		nombre		apellidos, nombre	
edad	peso	superficie corporal	n° seguridad social	firma	
centro		planta	habitación	cama	fecha

SOLICITUD DE TRATAMIENTO CON DOXORRUBICINA LIPOSOMAL (MYOCET®)

DATOS DIAGNÓSTICOS Y DE INTERÉS

	SI	NO	dosis acumulada
Tratamiento con Doxorubicina convencional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otros tratamientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Docetaxel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Paclitaxel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Neutrófilos/mm³ _____

Plaquetas/mm³ _____

MEDICAMENTO SOLICITADO: DOXORRUBICINA LIPOSOMAL (MYOCET®)

Tratamiento para _____ ciclo (primero, segundo, etc...)

Pauta _____ mg/m² número de viales _____

A CUMPLIMENTAR POR EL SERVICIO DE FARMACIA

Procede la dispensación No procede la dispensación

Motivo _____

Farmacéutico

Córdoba, a ____ de _____ de 200 ____

VII. ERITROPOYETINA EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA:

		Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD		Hospital Universitario Reina Sofía COMISIÓN DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA	
				nº historia clínica	
PACIENTE				FACULTATIVO PRESCRIPTOR	
apellidos		nombre		apellidos, nombre	
edad	peso	talla	nº seguridad social	firma	
centro		planta	habitación	cama	fecha
DIAGNÓSTICO _____ fecha de la intervención _____					
SERVICIO PRESCRIPTOR <input type="checkbox"/> Anestesia <input type="checkbox"/> Hematología <input type="checkbox"/> Traumatología <input type="checkbox"/> Otro _____					
PAUTA 600 U/kg los días -21, -14, -7 y el día de la intervención					
SOLICITUD DE TRATAMIENTO CON ERITROPOYETINA EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA ELECTIVA Y PREDONACIÓN DE SANGRE AUTÓLOGA					
CRITERIOS DE INDICACIÓN			DATOS ANALÍTICOS		
	SI	NO			
Hematocrito 33 - 39% (programa de predonación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hematocrito	_____	%
Pérdida de sangre prevista 900 - 1.800 ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hematíes	_____	/mm ³
Hemoglobina entre 10 y 13 mg/dL (6,2- 8,1 mmol/L)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemoglobina	_____	mg/dL
Existe déficit de hierro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Volumen corpuscular medio	_____	fl
Riesgo elevado de complicaciones transfusionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Capacidad total de captación de hierro (TIBC)	_____	%
A CUMPLIMENTAR POR EL SERVICIO DE FARMACIA					
<input type="checkbox"/> Procede la dispensación		<input type="checkbox"/> No procede la dispensación			
Motivo _____					

Farmacéutico					
Córdoba, a _____ de _____ de 200 ____					

VIII. ERTAPENEM:

		Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD	Hospital Universitario Reina Sofia COMISIÓN DE FARMACIA Y TERAPEUTICA
		n° historia clínica 	
PACIENTE		FACULTATIVO	
apellidos	nombre	apellidos, nombre	CNP
edad	n° seguridad social/ tarjeta sanitaria	servicio peticionario	
centro	planta	habitación	cama

SOLICITUD DE TRATAMIENTO CON ERTAPENEM

DATOS DIAGNÓSTICOS Y DE INTERÉS

	SI	NO
Intervención quirúrgica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intervención intraabdominal comunitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> abscesos intraabdominales		
<input type="checkbox"/> apendicitis aguda		
<input type="checkbox"/> colecistitis aguda		
<input type="checkbox"/> diverticulitis aguda		
<input type="checkbox"/> perforación gastrointestinal		
<input type="checkbox"/> peritonitis		
<input type="checkbox"/> otros _____		

Servicio

Observación

Quirófano

Reanimación

A CUMPLIMENTAR POR EL SERVICIO DE FARMACIA

procede la dispensación

no procede la dispensación

motivo _____

farmacéutico

Córdoba, a ____ de _____ de 200 ____ Firmado _____

IX. INFLIXIMAB EN ESPONDILITIS ANQUILOSANTE:

		Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD		Hospital Universitario Reina Sofía COMISIÓN DE FARMACIA Y TERAPEUTICA	
				nº historia clínica	
PACIENTE			FACULTATIVO PRESCRIPTOR		
apellidos		nombre		apellidos, nombre	
edad	peso	nº seguridad social		firma	
centro	planta	habitación	cama	fecha	

SOLICITUD DE TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB EN ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

DATOS DIAGNÓSTICOS Y DE INTERÉS

Forma clínica axial periférica

V. Sedimentación (1h) _____ (0 - 20 mm/h)

PCR _____ (0 - 5 mg/L)

Puntuación BASDAI _____

TRATAMIENTOS UTILIZADOS

	SI	NO	posología	duración	abandono ¿?
Sulfasalazina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Indometacina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Naproxeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Diclofenaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Metotrexate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Ciclosporina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Prednisona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Otros _____			_____	_____	_____

MEDICAMENTO SOLICITADO INFLIXIMAB

Dosis/Pauta _____ mg/kg semanas _____

A CUMPLIMENTAR POR EL SERVICIO DE FARMACIA

Procede la dispensación No procede la dispensación

Motivo _____

Farmacéutico

Córdoba, a _____ de _____ de 200 _____

X. PARICALCITOL:

		Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD		Hospital Universitario Reina Sofía COMISION DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA	
				n° historia clínica	
PACIENTE			FACULTATIVO PRESCRIPTOR		
apellidos		nombre		apellidos, nombre	
edad	peso	n° seguridad social		firma	
centro	planta	habitación	cama	fecha	

SOLICITUD DE TRATAMIENTO CON PARICALCITOL

DATOS DIAGNÓSTICOS Y DE INTERÉS

Nivel de PTH (mcg/ml) _____

Nivel de calcio (mg/dl) _____

Nivel de fósforo (mg/dl) _____

Tratamientos utilizados _____

	SI	NO	posología	duración	abandono ?
Calcitriol IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

MEDICAMENTO SOLICITADO PARICALCITOL vial 5 mcg

Dosis/pauta _____ mcg/kg

N° sesiones hemodiálisis/semana _____

Tratamiento para _____ semanas _____ viales

A CUMPLIMENTAR POR EL SERVICIO DE FARMACIA

Procede la dispensación No procede la dispensación

Motivo _____

Farmacéutico

Córdoba, a ____ de _____ de 200 ____



XI. PEMETREXED:

		Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD		Hospital Universitario Reina Sofía COMISIÓN DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA	
				nº historia clínica	
PACIENTE			FACULTATIVO PRESCRIPTOR		
apellidos		nombre		apellidos, nombre	
edad	SC	m ²	nº seguridad social		firma
centro	planta	habitación	cama	fecha	

SOLICITUD DE TRATAMIENTO CON PEMETREXED

DATOS DIAGNÓSTICOS Y DE INTERÉS

Diagnóstico Mesotelioma pleural maligno
 Cáncer de pulmón no microcítico

Tratamientos previos
 Docetaxel Sí No

A CUMPLIMENTAR POR EL SERVICIO DE FARMACIA

Procede la dispensación
 No procede la dispensación

Motivo _____

Farmacéutico

Córdoba, a ____ de _____ de 200__ firma _____

X. ETANERCEPT EN PSORIASIS:



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Hospital Universitario Reina Sofía
COMISIÓN DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA

nº historia clínica

PACIENTE		FACULTATIVO PRESCRIPTOR	
apellidos _____	nombre _____	apellidos, nombre _____	
edad _____		firma _____	
diagnóstico _____		fecha _____	

SOLICITUD DE TRATAMIENTO CON ETANERCEPT EN PSORIASIS

ALTERNATIVAS EMPLEADAS Y RESULTADOS (completar sólo la primera vez)

Tratamiento	SI	NO	Tiempo utilizado	Índice PASI	Motivo suspensión
Ciclosporina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Metotrexate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Retinoides oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
PUVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

TRATAMIENTO CON ETANERCEPT

PASI al inicio _____	
<input type="checkbox"/> Inicio	<input type="checkbox"/> 25 mg 2 veces por semana
<input type="checkbox"/> Continuación	<input type="checkbox"/> 50 mg 2 veces por semana
<input type="checkbox"/> Reinicio	

EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA

Pauta	Nº semanas tto	Respuesta PASI
Etanercept 50 mg/2 veces por semana	_____	_____ %
Etanercept 25 mg/2 veces por semana	_____	_____ %

A CUMPLIMENTAR POR EL SERVICIO DE FARMACIA

Procede la dispensación. nº viales _____

No procede la dispensación

Motivo _____

Farmacéutico _____

Córdoba, a ____ de _____ de 200 ____ Firma _____

FARM.7

**ANEXO 3: IMPRESOS A2 Y A3 PARA PETICIÓN DE
MEDICAMENTOS EXTRANJEROS**

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO DIRECCIÓN GENERAL DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS Subdirección General de Ordenación y Asistencia Farmacéutica		A-3
Nº de Expediente (*)	DATOS DEL PACIENTE	
Nº Afiliación a la Seguridad Social		
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
	Edad	Sexo
	Edad fértil	Es crónico
	V. / M.	SI / NO
	SI / NO	SI / NO
Datos de la historia clínica		
Antecedentes _____		

Datos analíticos relevantes		

-		
Posibles alergias medicamentosas		

-		
Otros medicamentos administrados en la actualidad		

-		
Presunción de diagnóstico		

Indicación para la que se solicita el medicamento		

Tratamiento anteriores ensayados		
1. _____		

2. _____		

Tratamientos alternativos		
1. _____		
2. _____		
- _____		
¿POR QUÉ NO SE EMPLEAN?		

FECHA □□□□□□ Nº COLEGIADO		FIRMA
D D M M A A		
(*) A cumplimentar por el Servicio de Suministros		
EJEMPLAR PARA EL SERVICIO DE FARMACIA		
EJEMPLAR PARA EL SERVICIO DE SUMINISTROS		
EJEMPLAR PARA EL FACULTATIVO		

ANEXO 4: LISTADO DE MEDICAMENTOS EXTRANJEROS

Medicamento	Nombre comercial	Tipo petición
ANTICUERPOS ANTIDIGOXINA	DIGITALIS ANTIDOT IV vial 80 m	
A POMORFINA 10 mg/ml 5 ml amp	APO-GO amp 10 mg/ml 5 ml E/5	PETICION INDIVIDUALIZADA
ASPARRAGINASA (Erwinia) 10000 UI	ERWINASE vial 10000 UI E/5	PETICION INDIVIDUALIZADA
ASPARRAGINASA 10000 UI vl	KIDROLASE vial 10.000 UI E/10	
BUSULFAN 6 mg/ml amp 10 ml	BUSILVEX amp 6 mg/ml 10 ml E/8	PETICION INDIVIDUALIZADA
C1-INACTIVADOR 500 UI vl	BERINERT-P vial 500 UI E/1	
CARBOPROST 250 mcg/ml 1 ml amp	HEMABATE IM amp 1 ml E/10	
CARMUSTINA 100 mg iny.	BICNU-Carmustine iny 100 mg E/	PETICION INDIVIDUALIZADA
CERULETIDE 5 mcg amp.	TAKUS amp 5 mcg E/10	
DANTROLENO 20 mg amp.	DANTROLEN vial IV E/36	PETICION INDIVIDUALIZADA
DIAOZOXIDO 100 mg cap.	PROGLICEN cap 100mg E/100	
DIAOZOXIDO 25 mg cap.	PROGLICEN cap 25 mg E/100	
DIAOZOXIDO 50 mg/ml susp.	PROGLICEN susp 30 ml E/1	
DIMETILSUFOXIDO 50% 50 ml vl	RIMSO-50 vial 50 ml E/1	
ESMOLOL PREMIXED 10 mg/ml 250 ml	ESMOLOL PREMIXED iny 10 mg/ml	
ESTREPTOZOCINA 1 g vl.	ZANOSAR vial 1 g E/1	
ETIODOL 10 ml amp.	LIPIODOL ULTRAFLUIDO amp 10 ml	
FELBAMATO 120 mg/ml susp	TALOXIA susp 120 mg/ml fr 230 m	
FENITOINA 30 mg/5 ml susp	EPANUTIN susp 30 mg/5 ml 500 m	PETICION INDIVIDUALIZADA
FENOXIBENZAMINA 10 mg cap.	DIBENYLIN cap 10 mg E/30	PETICION INDIVIDUALIZADA
FENTOLAMINA 10mg/ ml amp.	REGITINE amp 10 mg/ml E/5	
FIBRINOGENO HUMANO 1 g vl.	HAEMOCOMPLETAN-P vial 1 g	PETICION INDIVIDUALIZADA
FLUCITOSINA IV 250 ml vl	ANCOTIL IV vial 250 ml E/5	
FLUOCITOSINA 500 mg comp.	ANCOTIL comp 500 mg E/100	
FOSFORO 500 mg comp.	PHOSPHATE S. comp 500 mg E/100	
FULVESTRANT LIQ 50 mg/ml 5 ml	FASLODEX jer prec 250 mg/5 ml	
GAMMAGL. ANTIVARICELA 20 ml vl	VARITECT vial 20 ml E/1	PETICION INDIVIDUALIZADA
GAMMAGL. ANTIVARICELA 5 ml vl	VARITECT vial 5 ml E/1	PETICION INDIVIDUALIZADA



Medicamento	Nombre comercial	Tipo petición
GAMMAGL. ANTIVARICELA 50 ml vl	VARITECT vial 50 ml E/1	PETICION INDIVIDUALIZADA
GENTAMICINA CADENAS 30 bolas	CADENAS GENTAMICINA 30 bolas E	
HIALURONIDASA 1500 UI amp	HYALASE amp 1500 UI E/10	
INMUNOG.ANTIHEPATITIS B 2000 UI	HEPATECT CP vial 2000 UI 40 ml	PETICION INDIVIDUALIZADA
INMUNOGLOB. anti CMV 10 ml	CYTOTECT vial 10 ml E/1	PETICION INDIVIDUALIZADA
INMUNOGLOB. anti CMV 20 ml	CYTOTECT vial 20 ml E/1	PETICION INDIVIDUALIZADA
INMUNOGLOB. anti CMV 50 ml	CYTOTECT vial 50 ml E/1	PETICION INDIVIDUALIZADA
LENALIDOMIDE 10 mg cap	LENALIDOMIDE cap 10 mg E/21	PETICION INDIVIDUALIZADA
LIOTIRONINA SODICA 25 mcg comp	CYNOMEL comp 25 mcg E/30	
LOMUSTINA 40 MG CAP	LOMUSTINE 40 MG CAP	PETICION INDIVIDUALIZADA
MAGNESIO SULF. 1,2mEq/ml 10 ml	SULFATO MAGNESIO IV 15% amp 10	
MECLORETAMINA 10 mg vl	MUSTARGEN vial 10 mg E/4	PETICION INDIVIDUALIZADA
MEFLOQUINA 250 mg comp.	LARIAM comp 250 mg E/8	PETICION INDIVIDUALIZADA
METACOLINA 100 mg vl.	PROVOCHOLINE vial 100 mg E/6	
METIRAPONA 250 mg cap.	METOPIRONA cap 250 mg E/50	PETICION INDIVIDUALIZADA
MITOTANE 500 mg comp.	LYSODREN comp 500 mg E/100	
MUROMONAB 1mg/ml 5 ml amp	OKT3 amp 5mg/ml E/5	
NATAMICINA 5% sol oftálmica	NATAMICINA 5% sol oftálmica	PETICION INDIVIDUALIZADA
NICLOSAMIDA 0,5 g tab	YOMESAN tabletas 0,5 mg E/4	PETICION INDIVIDUALIZADA
NITISINONA 2 mg cap.	ORFADIN casp 2 mg E/60	PETICION INDIVIDUALIZADA
NITISINONA 5 mg cap	ORFADIN cap 5 mg E/60	PETICION INDIVIDUALIZADA
OLIGOELEMENTOS ped 10 ml amp	PEDITRACE 10 ml E/1	
PEGASPARGASA 3750 UI vl	ONCASPAR vial 3750 UI 5 ml E/1	PETICION INDIVIDUALIZADA
PIRIME/SULFOMET 500 mg comp.	FANSIDAR comp 500 mg E/3	
POLIVITAMINAS Pediátricas vl	INFUVITE Vit.Pedi tricas E/5 d	
POTASIO PERCLORATO 200 mg cap.	PERTIROID cap 200 mg E/30	PETICION INDIVIDUALIZADA
PROBENECID 250 mg comp	PROBENECID comp 250 mg E/100	PETICION INDIVIDUALIZADA
PROPILTIOURACILO 50 mg comp	PROPYCIL comp 50 mg E/100	
SACARIDASA 8500 UI/ml sol oral	SUCRAID sol oral 8500 UI/ml 11	PETICION INDIVIDUALIZADA



Medicamento	Nombre comercial	Tipo petición
SUERO ANITVIBORA 2 ml jer.	VIPERFAV vial 4 ml E/1	
SUNITINIB 50 mg caps	SUTENT cap 50 mg E/30	PETICION INDIVIDUALIZADA
TETRABENAZINA 25 mg comp.	TETRABENAZINE comp 25 mg E/112	PETICION INDIVIDUALIZADA
TETRACOSACTIDO 0.25mg/ml amp	SYNACTEN soluble amp E/10	
TIRATRICOL 0,35 mg comp.	TIRATRICOL comp 0,35 mg E/100	PETICION INDIVIDUALIZADA
TOXOIDE DIFTERICO	DIPHTERIA VACUNA	
TOXOIDE TETANICO 10 LF amp.	ANATOXAL T Berna amp 0,5 ml E/	
UBIDECARENONA 50 mg cap.	DECORENONE cap 50 mg E/14	PETICION INDIVIDUALIZADA

Unidad de gestión clínica de farmacia: Dispensación de medicamentos de especial control. Hospital Universitario Reina Sofía De Córdoba (1-Ene-2008)