

Nº de Expediente (*)

A CUMPLIMENTAR POR EL SERVICIO DE FARMACIA

Informe de la
Especialidad farmacéutica

Nombre y apellidos del facultativo

Nota: Márquese con una X
lo que proceda

- | | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| A) Que no se encuentre registrado en España con igual composición o que existiendo el solicitado, sea, en otra forma farmacéutica, imprescindible para el tratamiento del enfermo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B) Que no exista otra de acción y uso igual o similar que esté registrada en España. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C) Que su indicación sea específica y concreta, y su utilización se considere necesaria para el tratamiento del paciente. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D) Que se posea la necesaria información farmacológica sobre sus efectos adversos o efectos secundarios no deseables (incompatibilidades, contraindicaciones, toxicidad, tratamientos de intoxicación, actividad y otros). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E) Que el tratamiento se realice bajo vigilancia médica y con especial atención a los efectos adversos o efectos secundarios no deseables, cuyo cumplimiento será inexcusable por parte de los servicios médicos, y farmacéuticos en su caso, responsables del tratamiento. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fecha, firma del Jefe de Servicio de Farmacia

EJEMPLAR PARA EL SERVICIO DE SUMINISTROS