**FORMULARIO PARA LA PROGRAMACIÓN DE RECOGIDA DE MEDICACIÓN EN EL SERVICIO DE FARMACIA (Fibrosis Quística)**

Por favor, indíquenos cuál es la **medicación que necesita recoger en su próxima visita** al Servicio de Farmacia.

* **Datos personales del paciente:**

Nombre y apellidos:………….................................................................................................

Nº de historia clínica:……………………………………………………………………………………………………..

Teléfono de contacto:…………………………………………………………………………………………………….

* **Datos de la medicación:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Medicamento (incluir nombre, dosis y forma farmacéutica-comprimidos, jarabe, vial…-) | Cantidad por toma | Frecuencia | Nº de envases solicitados |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |

**Fecha en la que recogerá la medicación**:………………………………………………………………………

**Persona que recogerá la medicación**:……………………………………………………………………………

**INSTRUCCIONES**

Estimado paciente.

Le rogamos que lea atentamente las siguientes instrucciones:

* El Servicio de Farmacia está situado en el primer sótano (Planta SS) de la Residencia General (debajo de la puerta principal).
* El formulario de petición debe enviarse por email al correo: **farmacia.hdoc@salud.madrid.org**
* Debe enviarse el formulario con una **anterioridad mínima de 48 horas laborables.**
* Debe rellenar todos los datos de forma correcta y legible. Es importante indicar un número de teléfono para que en caso de duda contactemos con usted.
* Debe indicar todos los medicamentos que va a recoger al Servicio de Farmacia del Hospital 12 de Octubre junto con la dosis y pauta posológica.
* Para la recogida de la medicación, **debe aportar el documento de prescripción y dispensación (receta médica) y la tarjeta sanitaria**. En cada dispensación, el Servicio de Farmacia recogerá una copia y le devolverá las demás. Le rogamos solicite una nueva receta cuando se le agoten las copias. También deberá cambiar la receta cada vez que su médico le cambie algún medicamento, dosis o frecuencia de administración.
* El horario para la dispensación de medicamentos a pacientes externos es.
	+ De lunes a jueves de 08:30 a 21:00.
	+ Viernes de 08:30 a 15:00.
	+ Sábados, domingos y festivos cerrado.
	+ 24 y 31 de diciembre cerrado.
* La Resolución 14/03 de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, referente a los procedimientos para el seguimiento y control de la asistencia a pacientes externos en los Servicio de Farmacia Hospitalaria de la red sanitaria pública de la Comunidad Autónoma de Madrid, establece que “**los Servicios de Farmacia entregarán medicación para un mes de tratamiento**”.
* En tratamientos crónicos y con el fin de disminuir las visitas de los pacientes al Hospital, el Servicio de Farmacia del Hospital 12 de Octubre, acordó con la dirección Médica que, según la disponibilidad de medicamentos, se pudiera **entregar medicación para 8 ó 9 semanas**, adecuando la cantidad de mediación dispensada a la que contienen los envases completos.
* Si, en casos excepcionales, no se puede cubrir el mes de tratamiento, se le dispensará la medicación necesaria para que ni usted ni otros pacientes se queden sin medicación.
* No espere a quedarse sin medicación en su domicilio y acuda al Servicio de Farmacia cuando le quede medicación para 3-5 días de tratamiento. **No se dispensarán medicamentos con antelación mayor a 5 días.**
* Le agradeceríamos la devolución al Servicio de Farmacia de los medicamentos que no utilice cuando termine o cambie de tratamiento.
* Todo el personal del Servicio de Farmacia queda a su disposición, para resolverle cualquier duda sobre sus medicamentos. Si desea consultar o preguntar sobre algún aspecto relacionado con su tratamiento, pregunte por un farmacéutico.