MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
DIRECCION GENERAL DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS
Subdirección General de Ordenación y Asistencia Farmacéutica

A-2

Nº de Expediente (*)

DATOS DE LA ESPECIALIDAD

1. Denominación común internacional
2. Nombre genérico
3. Principio activo
4. Vías de administración
5. Dosis
6. Dosis diaria
7. Duración prev. tratamiento (dias)
8. Forma farmacéutica
9. Nombre comercial
10. Laboratorio
11. País de origen

Referencias bibliográficas y otros datos que faciliten su búsqueda

Médico

Nombre

FECHA

TELEFONO

Nº COLEGIADO

FIRMA

Servicio de Farmacia

FARMACEUTICO

Nombre

FECHA

FIRMA

A RELLENAR POR EL SERVICIO DE SUMINISTROS

(*) A cumplimentar por el Servicio de Suministros

EJEMPLAR PARA EL SERVICIO DE FARMACIA

EJEMPLAR PARA EL SERVICIO DE INFORMACION DE MEDICAMENTOS
EJEMPLAR PARA EL SERVICIO DE SUMINISTROS
EJEMPLAR PARA EL FACULTATIVO

H.S.C.S.P.