Nº Historia Clínica:

NOMBRE Y APELLIDOS

Fecha de Nacimiento: Sexo: Edad:

Teléfono:

CIP de C. Autónoma:

Domicilio:

MODELO E13 (V2.0)

Prestación de ayuda para morir

Registro de componentes del kit de medicamentos

**KIT VÍA ORAL**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MEDICAMENTO (\*)** | **Canti-dad (\*)** | **Nombre comercial** | **Código nacional** | **LOTE** | **Caducidad** |
| METOCLOPRAMIDA comprimidos 10 mg | **5** |  |  |  |  |
| ONDANSETRON comprimidos 4 mg | **4** |  |  |  |  |
| ONDANSETRON comprimidos 8 mg | **3** |  |  |  |  |
| LORAZEPAM comprimidos 1 mg | **2** |  |  |  |  |
| DIAZEPAM comprimidos 5 mg | **1** |  |  |  |  |
| DIAZEPAM comprimidos 10 mg | **2** |  |  |  |  |
| MIDAZOLAM comprimidos 7,5 mg | **2** |  |  |  |  |
| PENTOBARBITAL solución ORAL 15 gramos / 100 ml (Fórmula magistral) | **1** | Fórmula magistral del Servicio de Farmacia del Hospital | N/A |  |  |

***(\*) Anular las líneas o tachar las casillas de medicamentos no prescritos***

Farmacéutico responsable: Firma:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_