MODELO E14 (V2.0)

Nº Historia Clínica:

NOMBRE Y APELLIDOS

Fecha de Nacimiento: Sexo: Edad:

Teléfono:

CIP de C. Autónoma:

Domicilio:

PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

Registro de DISPENSACIÓN / ENTREGA AL EQUIPO/

DEVOLUCIÓN / RECEPCIÓN Y DESTRUCCIÓN

de los medicamentos.

**KIT VÍA ORAL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Dispensación**  **(\*)** | **Devolución** |
|  | **Medicamentos (\*)** |
|  | METOCLOPRAMIDA comp.10 mg | **5** |  |
| ONDANSETRÓN comp. 4 mg | **4** |  |
| ONDANSETRÓN comp. 8 mg | **3** |  |
| LORAZEPAM comp. 1 mg | **2** |  |
| DIAZEPAM comp.10 mg | **2** |  |
| DIAZEPAM comp. 5 mg | **1** |  |
| MIDAZOLAM comp. 7,5 mg | **2** |  |
| PENTOBARBITAL solución ORAL 15 g / 100 ml Frasco 100 ml (Fórmula magistral) | **1** |  |
|  | ***(\*) Anular las líneas o tachar las casillas de los medicamentos no prescritos*** | Tachar las casillas de medicamentos no prescritos. | Anotar el número de unidades devueltas, poniendo un cero cuando proceda. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Registro de FIRMAS** | | | | |
|  | **DISPENSACIÓN** | | **DEVOLUCIÓN** | |
|  | DISPENSADOS  (1 Kit Oral) | RECIBIDOS  (1 Kit Oral) | DEVUELTO  (según lo marcado en las casillas) | RECIBIDO y DESTRUÍDO  (según lo marcado en las casillas) |
| Cargo / Puesto trabajo | Farmacéutico  Sº Farmacia |  |  | Farmacéutico  Sº Farmacia |
| Nombre |  |  |  |  |
| Firma |  |  |  |  |
| Fecha | \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |