

## **Circular Nº 341/2018**

## Procedimiento provisional a seguir en las Oficinas de Farmacia con los pacientes afectados por la retirada de Valsartán



Estimada/o compañera/o:

Dando continuidad a nuestras informaciones anteriores sobre los medicamentos afectados por la retirada de ciertos lotes de Valsartán, y dentro de nuestra actuación sanitaria de colaboración con la Consejería de Salud, hemos llegado al siguiente **acuerdo provisional** para dar continuidad a los tratamientos de pacientes que tenían dispensado un medicamento afectado.

#### Los pasos que deben seguirse son:

- 1) El paciente que disponga de un envase afectado, deberá acudir a la Farmacia con el mismo y entregarlo.
- 2) La Oficina de Farmacia verificará que es un envase afectado y le dispensará al portador del mismo un envase de la misma composición y formato (misma agrupación homogénea) de otra marca que no esté afectada por la retirada.
- 3) La Farmacia registrará en documento anexo los datos del paciente, producto retirado, lote e incluirá en la hoja el cupón precinto dispensado en este momento. Igualmente entregará al paciente un justificante de retirada (se acompaña modelo), entregándolo al paciente y conservando copia en los archivos de la Farmacia..
  - 4) Al paciente no se le cobrará nada por esta dispensación excepcional de canje.
- 5) El envase depositado en la Farmacia será guardado hasta recibir nuevas instrucciones del Colegio.

Se está a la espera del protocolo oficial y conocer el procedimiento de facturación de las dispensaciones realizadas por este método. Te seguiremos informando.

Es importante recordar a los pacientes que no interrumpan la medicación.

Recibe un cordial saludo.

Murcia, 7 de Julio de 2018 EL SECRETARIO José Carlos Moreno Bravo



# DOCUMENTO JUSTIFICANTE DE DISPENSACIÓN EN SITUACIONES DE EXCEPCIONALES

	NÚMERO	DE	<b>FARMACIA:</b>	MU-	-F
--	--------	----	------------------	-----	----

### NOMBRE/S TITULARES O.F.:

Código indentificación Paciente CIP o CIPA	Cupón precinto del nuevo medicamento dispensado	Código nacional y nº de lote del medicmanto afectado/retitado
£.		
	4	
	•	

## **JUSTIFICANTE DE RETIRADA**

PACIENTE:		
Nombre y apellidos:		
CIP o CIPA		
DNI	<del></del>	
Teléfono de contacto		
Producto recibido en la farmacia:		
Nombre		
Código Nacional	_ Lote	_ Fecha caducidad
Producto dispensado en este acto:		
Nombre		
Código Nacional		
Farmacia y fecha		
Sello		

Entregar una copia al paciente y conservar una copia en la farmacia.