



# PREMIOS FORO AF-FC 2018

## MODELO DE CASO SERVICIO DE DISPENSACIÓN

COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE:

1<sup>er</sup> Apellido:

2<sup>o</sup> Apellido:

Nombre:

DNI:

Domicilio (de la farmacia) C/:

Localidad:

Provincia:

Código postal:

Teléfono:

E-mail:

A los efectos de la Ley Orgánica 15/99, de 13 diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y disposiciones de desarrollo, se le informa sobre el tratamiento de datos personales recabados a través del presente formulario, con el fin de Vd. pueda ejercitar los derechos que le corresponden. Queda informado de forma inequívoca y precisa, y autoriza expresamente a Medea, Medical Education Agency, a mantener y tratar en los ficheros de su responsabilidad, los datos de su persona con la finalidad de facilitar la gestión de los Premios Foro AF-FC y remitirle información relativa a los mismos. Los datos solicitados son de carácter facultativo, si bien su no cumplimentación supone la imposibilidad de su inclusión en dichos ficheros y la imposibilidad de tratar los datos para la finalidad descrita y, por tanto, la imposibilidad de prestarle el referido servicio. Se le informa de que el consentimiento otorgado es revocable, y podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición y, en su caso, cancelación, en los términos previstos por la legislación vigente, dirigiéndose por escrito a la sede de Medea, Medical Education Agency (Calle María de Molina, nº54, planta 2, 28006 Madrid). Medea, Medical Education Agency, se compromete a la utilización de los datos incluidos en sus ficheros, de acuerdo con su finalidad y respetando su confidencialidad.

Con la colaboración de:





# PREMIOS FORO AF-FC 2018

## MODELO DE CASO SERVICIO DE DISPENSACIÓN

### PERFIL DEL PACIENTE

Realice una descripción de la persona que solicita el /los medicamento/s, y aclare si la solicitud es para esa persona u otro paciente. Describa al paciente, sexo, edad real/aproximada, embarazo, posibles enfermedades/alergias, tratamientos activos... (Máx. 150 palabras).

### DESCRIPCIÓN DEL CASO Y ACTUACIÓN REALIZADA

Describa el/los medicamento/s a dispensar, el tipo de tratamiento (si es un tratamiento de inicio o de continuación) y su actuación, además de la información que le proporcione el paciente acerca de:

- El conocimiento del proceso correcto de uso del tratamiento: ¿Sabe para qué es? ¿Cuánto tiene que tomar? ¿Cómo lo tiene que tomar? ¿Cuándo? ¿Durante cuánto tiempo?
- La percepción sobre la seguridad y efectividad del tratamiento: ¿Ha habido algún cambio? ¿Le va bien?

(Máx. 150 palabras).

Medicamento	PS	Conocimiento del paciente	Percepción de seguridad y efectividad

Con la colaboración de:





# PREMIOS FORO AF-FC 2018

## MODELO DE CASO SERVICIO DE DISPENSACIÓN

Con la colaboración de:





# PREMIOS FORO AF-FC 2018

## MODELO DE CASO SERVICIO DE DISPENSACIÓN

### EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN

*En el caso de que haya detectado una Incidencia estudiada en el correspondiente Episodio de Seguimiento, referencie el motivo de la Incidencia, el/los PRM identificados y/o RNM que haya detectado (real/es) o prevenido (riesgo/s) en su evaluación. Explique razonadamente la Intervención realizada. (Máx. 100 palabras)*

### RESULTADOS

*Indique, si los conoce, los resultados de su Intervención. (Máx. 100 palabras).*

Con la colaboración de:





# PREMIOS FORO AF-FC 2018

## MODELO DE CASO SERVICIO DE DISPENSACIÓN

### COMENTARIOS

*Exprese cuál es su opinión profesional tras haber terminado el caso. (Máx. 100 palabras).*

### BIBLIOGRAFÍA (en caso necesario)

*Siguiendo las normas de Vancouver. (Máx. 10 referencias).*

Con la colaboración de:

