



## PREMIOS FORO AF-FC 2018

### MODELO DE CASO SERVICIO DE INDICACIÓN FARMACÉUTICA

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 Maria 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 INDICACIÓN FARMACÉUTICA

### PERFIL DEL USUARIO

*Realice una descripción de quién hace la consulta: si es el propio paciente o un cuidador, sexo, edad real/aproximada... (Máx. 100 palabras).*

### RAZÓN DE LA CONSULTA

*Haga una breve descripción del Problema de Salud (PS) referido por el paciente y la causa de la consulta. (Máx. 100 palabras).*

Con la colaboración de:





# PREMIOS FORO AF-FC 2018

## MODELO DE CASO SERVICIO DE INDICACIÓN FARMACÉUTICA

### DESCRIPCIÓN DEL CASO Y EVALUACIÓN

*Describa las características del PS motivo del Servicio (síntomas, inicio aproximado, duración, medicamentos utilizados o acciones llevadas a cabo para resolverlo previamente) y otros datos de interés del paciente (otros PS y medicamentos utilizados para su tratamiento, alergias e intolerancias conocidas, embarazo/lactancia, hábitos de vida relacionados con la salud, datos biomédicos...).*

*Explique si existen criterios de derivación al médico, si el motivo de la consulta es un efecto adverso de un medicamento y cuál ha sido su actuación. En el caso de que su actuación sea la dispensación de un tratamiento, especifique cuál ha sido, y el conocimiento que el paciente dispone sobre el mismo. (Máx. 200 palabras).*

Con la colaboración de:





# PREMIOS FORO AF-FC 2018

## MODELO DE CASO SERVICIO DE INDICACIÓN FARMACÉUTICA

### ACTUACIÓN /INTERVENCIÓN

*Explique razonadamente su actuación o intervención realizada en el caso de que haya detectado una Incidencia, describa el motivo de la misma, el/los PRM identificado/s y/o RNM que haya detectado (real/es) o prevenido (riesgo/s), con el fin de poder realizar una evaluación. (Máx. 150 palabras)*

### RESULTADOS

*Indique, si lo conoce, el resultado de su actuación/ intervención. (Máx. 150 palabras).*

Con la colaboración de:





# PREMIOS FORO AF-FC 2018

## MODELO DE CASO SERVICIO DE INDICACIÓN FARMACÉUTICA

### COMENTARIOS

*Exprese cuál es su opinión profesional tras haber terminado el caso. (Máx. 150 palabras).*

### BIBLIOGRAFÍA (en caso necesario)

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

Con la colaboración de:

