Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

DOCUMENTO DE SEGUIMIENTO DE MEDICAMENTOS DE DISPENSACIÓN HOSPITALARIA

HOJA Nº

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE: **Nº TASS:** **FECHA NACIMIENTO:**
DOMICILIO: **TELÉFONO:**
MÉDICO PRESCRIPTOR: **HOSPITAL:** **SERVICIO:** **CNP:**
DIAGNÓSTICO: **DURACIÓN PREVISTA:** **FECHA FINAL AUTORIZACIÓN:**

FECHA EN QUE INICIÓ EL TRATAMIENTO	FECHA DE DISPENSACIÓN	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DEL MEDICAMENTO (POR PRINCIPIO ACTIVO SALVO NO SUSTITUIBLES Y ESPECIALMENTE AUTORIZADOS)	POSOLOGÍA	UNIDADES DISPENSADAS	FECHA PRÓXIMA DISPENSACIÓN	FIRMA Y DNI DE LA PERSONA QUE RECOGE EL MEDICAMENTO	NOMBRE Y FIRMA DEL FARMACÉUTICO O PERSONAL DELEGADO Y SELLO DEL SERVICIO

OBSERVACIONES:

.

SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL **Teléfono:**