

ANEXO 13. RUM

## Servicio de revisión del uso de los medicamentos (RUM)

Fecha revisión ..... Nº RUM .....

### DATOS DE LA FARMACIA

Farmacia .....  
Dirección .....  
Teléfono .....  
e-mail .....  
Nombre y apellidos .....  
Nº de colegiado .....

### DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos o Código de identificación .....  
Nº TSI\* ..... Fecha nacimiento .....  
Teléfono ..... e-mail .....  
Alergias .....  
 Consentimiento informado firmado  RUM con cuidador/a  
Tiempo empleado en la entrevista con el paciente.....

revisá



PERCEPCIÓN Según su percepción, ¿qué tal le va con su medicación o le preocupa de ella? (Percepción del paciente)	INDICACIÓN ¿Sabe por qué/para qué está tomando este medicamento?	EFFECTOS ADVERSOS ¿Cree que le está produciendo algún efecto adverso o algún efecto inesperado? (Farmacéutico sospecha RAM)	FALTA ADHERENCIA (Test de adherencia de Haynes-Sackett) "La mayoría de los pacientes tiene dificultades para tomar TODOS sus comprimidos... ¿tiene usted alguna dificultad para tomar los suyos?" Seguir con la siguiente columna y en caso de no detectar falta de adherencia, hacer la siguiente pregunta: "Muchas personas tienen dificultad en seguir los tratamientos, ¿por qué no me comenta cómo le va a usted?"	POSOLOGÍA UTILIZADA ¿Cómo toma/usa su medicación? El farmacéutico comprobará si la posología prescrita es la utilizada por el paciente y si el proceso de uso del medicamento es correcto: • Pauta, tiempo (¿Cada cuánto?, ¿Que días?) • Dosis (¿Qué cantidad toma?) • Administración (¿Cómo lo toma? Incluye fraccionamiento, con/sin comidas, vía administración, técnica, preparación) • Dificultad de uso/toma (¿Tiene algún problema acerca de cómo tomarlo/usarlo? Dificultad para tragar, manejo, etc.) • Conservación (¿Cómo lo conserva?) • Eliminación (¿Cómo lo elimina?)	INFORMACIÓN ADICIONAL ¿Hay algo más que le gustaría saber acerca de su medicación? Indicar si el paciente solicita información adicional o algo no le ha quedado claro (dudas)	PRM (si procede) ATENCIÓN: Rellenar solo en caso de detectar algún PRM no descrito en los apartados anteriores. La búsqueda activa de estos PRM no es un objetivo del RUM, registrar solo en caso de que afloren durante la prestación del servicio.								
<p><b>MEDICAMENTO 1</b> Nombre/CN*..... Posología prescrita..... Desde..... Hasta..... Indicado por (M), (E), (F), (A)***.....</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Le va bien <input type="checkbox"/> No le va bien</td> <td><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Detallar:</td> <td><input type="checkbox"/> Sí, falta adherencia parcial <input type="checkbox"/> Sí, falta adherencia total <input type="checkbox"/> No Causa de falta de adherencia:</td> <td> <b>Posología utilizada</b>.....                  Pauta inadecuada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                  Dosis inadecuada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                  Administración inadecuada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                  Dificultad de toma/uso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                  Conservación inadecuada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                  Eliminación inadecuada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No             </td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Detallar:</td> <td> <input type="checkbox"/> Contraindicación  <input type="checkbox"/> Duplicidad  <input type="checkbox"/> Errores en la dispensación  <input type="checkbox"/> Errores en la prescripción  <input type="checkbox"/> Interacciones  <input type="checkbox"/> Medicamento no necesario  <input type="checkbox"/> Otros PS que afectan al tratamiento             </td> <td> <input type="checkbox"/> PS insuficientemente tratado  <input type="checkbox"/> Desabastecimiento temporal  <input type="checkbox"/> Falta de conciliación  <input type="checkbox"/> Precaución de uso  <input type="checkbox"/> Otro(s)             </td> </tr> </table> <p>Notas complementarias</p>							<input type="checkbox"/> Le va bien <input type="checkbox"/> No le va bien	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Detallar:	<input type="checkbox"/> Sí, falta adherencia parcial <input type="checkbox"/> Sí, falta adherencia total <input type="checkbox"/> No Causa de falta de adherencia:	<b>Posología utilizada</b> ..... Pauta inadecuada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dosis inadecuada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Administración inadecuada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dificultad de toma/uso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Conservación inadecuada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Eliminación inadecuada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Detallar:	<input type="checkbox"/> Contraindicación <input type="checkbox"/> Duplicidad <input type="checkbox"/> Errores en la dispensación <input type="checkbox"/> Errores en la prescripción <input type="checkbox"/> Interacciones <input type="checkbox"/> Medicamento no necesario <input type="checkbox"/> Otros PS que afectan al tratamiento	<input type="checkbox"/> PS insuficientemente tratado <input type="checkbox"/> Desabastecimiento temporal <input type="checkbox"/> Falta de conciliación <input type="checkbox"/> Precaución de uso <input type="checkbox"/> Otro(s)
<input type="checkbox"/> Le va bien <input type="checkbox"/> No le va bien	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Detallar:	<input type="checkbox"/> Sí, falta adherencia parcial <input type="checkbox"/> Sí, falta adherencia total <input type="checkbox"/> No Causa de falta de adherencia:	<b>Posología utilizada</b> ..... Pauta inadecuada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dosis inadecuada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Administración inadecuada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dificultad de toma/uso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Conservación inadecuada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Eliminación inadecuada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Detallar:	<input type="checkbox"/> Contraindicación <input type="checkbox"/> Duplicidad <input type="checkbox"/> Errores en la dispensación <input type="checkbox"/> Errores en la prescripción <input type="checkbox"/> Interacciones <input type="checkbox"/> Medicamento no necesario <input type="checkbox"/> Otros PS que afectan al tratamiento	<input type="checkbox"/> PS insuficientemente tratado <input type="checkbox"/> Desabastecimiento temporal <input type="checkbox"/> Falta de conciliación <input type="checkbox"/> Precaución de uso <input type="checkbox"/> Otro(s)							
<p><b>MEDICAMENTO 2</b> Nombre/CN*..... Posología prescrita..... Desde..... Hasta..... Indicado por (M), (E), (F), (A)***.....</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Le va bien <input type="checkbox"/> No le va bien</td> <td><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Detallar:</td> <td><input type="checkbox"/> Sí, falta adherencia parcial <input type="checkbox"/> Sí, falta adherencia total <input type="checkbox"/> No Causa de falta de adherencia:</td> <td> <b>Posología utilizada</b>.....                  Pauta inadecuada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                  Dosis inadecuada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                  Administración inadecuada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                  Dificultad de toma/uso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                  Conservación inadecuada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                  Eliminación inadecuada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No             </td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Detallar:</td> <td> <input type="checkbox"/> Contraindicación  <input type="checkbox"/> Duplicidad  <input type="checkbox"/> Errores en la dispensación  <input type="checkbox"/> Errores en la prescripción  <input type="checkbox"/> Interacciones  <input type="checkbox"/> Medicamento no necesario  <input type="checkbox"/> Otros PS que afectan al tratamiento             </td> <td> <input type="checkbox"/> PS insuficientemente tratado  <input type="checkbox"/> Desabastecimiento temporal  <input type="checkbox"/> Falta de conciliación  <input type="checkbox"/> Precaución de uso  <input type="checkbox"/> Otro(s)             </td> </tr> </table> <p>Notas complementarias</p>							<input type="checkbox"/> Le va bien <input type="checkbox"/> No le va bien	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Detallar:	<input type="checkbox"/> Sí, falta adherencia parcial <input type="checkbox"/> Sí, falta adherencia total <input type="checkbox"/> No Causa de falta de adherencia:	<b>Posología utilizada</b> ..... Pauta inadecuada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dosis inadecuada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Administración inadecuada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dificultad de toma/uso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Conservación inadecuada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Eliminación inadecuada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Detallar:	<input type="checkbox"/> Contraindicación <input type="checkbox"/> Duplicidad <input type="checkbox"/> Errores en la dispensación <input type="checkbox"/> Errores en la prescripción <input type="checkbox"/> Interacciones <input type="checkbox"/> Medicamento no necesario <input type="checkbox"/> Otros PS que afectan al tratamiento	<input type="checkbox"/> PS insuficientemente tratado <input type="checkbox"/> Desabastecimiento temporal <input type="checkbox"/> Falta de conciliación <input type="checkbox"/> Precaución de uso <input type="checkbox"/> Otro(s)
<input type="checkbox"/> Le va bien <input type="checkbox"/> No le va bien	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Detallar:	<input type="checkbox"/> Sí, falta adherencia parcial <input type="checkbox"/> Sí, falta adherencia total <input type="checkbox"/> No Causa de falta de adherencia:	<b>Posología utilizada</b> ..... Pauta inadecuada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dosis inadecuada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Administración inadecuada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dificultad de toma/uso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Conservación inadecuada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Eliminación inadecuada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Detallar:	<input type="checkbox"/> Contraindicación <input type="checkbox"/> Duplicidad <input type="checkbox"/> Errores en la dispensación <input type="checkbox"/> Errores en la prescripción <input type="checkbox"/> Interacciones <input type="checkbox"/> Medicamento no necesario <input type="checkbox"/> Otros PS que afectan al tratamiento	<input type="checkbox"/> PS insuficientemente tratado <input type="checkbox"/> Desabastecimiento temporal <input type="checkbox"/> Falta de conciliación <input type="checkbox"/> Precaución de uso <input type="checkbox"/> Otro(s)							
<p><b>MEDICAMENTO 3</b> Nombre/CN*..... Posología prescrita..... Desde..... Hasta..... Indicado por (M), (E), (F), (A)***.....</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Le va bien <input type="checkbox"/> No le va bien</td> <td><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Detallar:</td> <td><input type="checkbox"/> Sí, falta adherencia parcial <input type="checkbox"/> Sí, falta adherencia total <input type="checkbox"/> No Causa de falta de adherencia:</td> <td> <b>Posología utilizada</b>.....                  Pauta inadecuada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                  Dosis inadecuada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                  Administración inadecuada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                  Dificultad de toma/uso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                  Conservación inadecuada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                  Eliminación inadecuada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No             </td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Detallar:</td> <td> <input type="checkbox"/> Contraindicación  <input type="checkbox"/> Duplicidad  <input type="checkbox"/> Errores en la dispensación  <input type="checkbox"/> Errores en la prescripción  <input type="checkbox"/> Interacciones  <input type="checkbox"/> Medicamento no necesario  <input type="checkbox"/> Otros PS que afectan al tratamiento             </td> <td> <input type="checkbox"/> PS insuficientemente tratado  <input type="checkbox"/> Desabastecimiento temporal  <input type="checkbox"/> Falta de conciliación  <input type="checkbox"/> Precaución de uso  <input type="checkbox"/> Otro(s)             </td> </tr> </table> <p>Notas complementarias</p>							<input type="checkbox"/> Le va bien <input type="checkbox"/> No le va bien	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Detallar:	<input type="checkbox"/> Sí, falta adherencia parcial <input type="checkbox"/> Sí, falta adherencia total <input type="checkbox"/> No Causa de falta de adherencia:	<b>Posología utilizada</b> ..... Pauta inadecuada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dosis inadecuada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Administración inadecuada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dificultad de toma/uso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Conservación inadecuada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Eliminación inadecuada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Detallar:	<input type="checkbox"/> Contraindicación <input type="checkbox"/> Duplicidad <input type="checkbox"/> Errores en la dispensación <input type="checkbox"/> Errores en la prescripción <input type="checkbox"/> Interacciones <input type="checkbox"/> Medicamento no necesario <input type="checkbox"/> Otros PS que afectan al tratamiento	<input type="checkbox"/> PS insuficientemente tratado <input type="checkbox"/> Desabastecimiento temporal <input type="checkbox"/> Falta de conciliación <input type="checkbox"/> Precaución de uso <input type="checkbox"/> Otro(s)
<input type="checkbox"/> Le va bien <input type="checkbox"/> No le va bien	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Detallar:	<input type="checkbox"/> Sí, falta adherencia parcial <input type="checkbox"/> Sí, falta adherencia total <input type="checkbox"/> No Causa de falta de adherencia:	<b>Posología utilizada</b> ..... Pauta inadecuada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dosis inadecuada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Administración inadecuada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dificultad de toma/uso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Conservación inadecuada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Eliminación inadecuada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Detallar:	<input type="checkbox"/> Contraindicación <input type="checkbox"/> Duplicidad <input type="checkbox"/> Errores en la dispensación <input type="checkbox"/> Errores en la prescripción <input type="checkbox"/> Interacciones <input type="checkbox"/> Medicamento no necesario <input type="checkbox"/> Otros PS que afectan al tratamiento	<input type="checkbox"/> PS insuficientemente tratado <input type="checkbox"/> Desabastecimiento temporal <input type="checkbox"/> Falta de conciliación <input type="checkbox"/> Precaución de uso <input type="checkbox"/> Otro(s)							

\* TSI: Tarjeta Sanitaria Individual. \*\* CN: Código nacional. \*\*\* Médico (M), Enfermero (E), Farmacéutico (F), Automedicación (A). SEFAC - Junio 2020  
© Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC). Todos los derechos reservados. El contenido de esta obra está protegido por la Ley, que establece penas de prisión y/o multas, además de las correspondientes indemnizaciones por daños y perjuicios, para quienes reprodujeran, plagieren, distribuyeren o comunicaren públicamente, en todo o en parte, una obra literaria, artística o científica, o su transformación, interpretación o ejecución artística fijada en cualquier tipo de soporte o comunicada a través de cualquier medio, sin la preceptiva autorización escrita de los titulares del Copyright.

### Derivación del paciente a otros servicios de la farmacia

Fecha revisión ..... N° RUM ..... Tiempo adicional empleado para finalizar el RUM .....  
 Nombre y apellidos o Código identificación del paciente ..... **revisa**

Orientados al uso de los medicamentos	Orientados a mejorar los resultados en salud de los medicamentos	Servicios de salud comunitaria	
<input type="checkbox"/> Adherencia terapéutica (SPD) <input type="checkbox"/> Conciliación de la medicación <input type="checkbox"/> Dispensación <input type="checkbox"/> Formulación magistral <input type="checkbox"/> Indicación farmacéutica <input type="checkbox"/> Revisión de botiquín <input type="checkbox"/> Otros .....	<input type="checkbox"/> Seguimiento farmacoterapéutico <input type="checkbox"/> Otros .....	<input type="checkbox"/> Medidas de parámetros <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Peso/Altura/IMC</li> <li><input type="checkbox"/> Perímetro torácico</li> <li><input type="checkbox"/> PA/AMPA/MAPA</li> <li><input type="checkbox"/> Glucosa</li> <li><input type="checkbox"/> Colesterol</li> <li><input type="checkbox"/> Otros .....</li> </ul> <input type="checkbox"/> Asesoramiento nutricional <input type="checkbox"/> Cesación tabáquica	<input type="checkbox"/> Educación sanitaria <input type="checkbox"/> Información sanitaria <input type="checkbox"/> Cálculo riesgos (RCV, etc.) <input type="checkbox"/> Cribados (EPOC, etc.) <input type="checkbox"/> Promoción de la salud <input type="checkbox"/> Programas de inmunización <input type="checkbox"/> Intercambio jeringuillas <input type="checkbox"/> Otros .....

### Intervención general sobre el paciente

Facilitar información básica sobre educación sanitaria y estilos de vida saludables: alimentación, ejercicio físico, vacunación, revisiones de salud, evitar: tabaco, alcohol...  
 Provisión de materiales de ayuda al paciente que ayuden al paciente a comprender y autogestionar su medicación y enfermedad  
 Otros .....

### Intervenciones sobre los medicamentos revisados

MEDICAMENTO 1	Comentarios internos
<input type="checkbox"/> Facilitar IPM* y/o sugerencias de mejora en el proceso de uso del medicamento. Detallar: ..... <input type="checkbox"/> Solucionar falta de adherencia. Detallar: ..... <input type="checkbox"/> Derivación a otro profesional sanitario**: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> O. Detallar: ..... <input type="checkbox"/> Notificar tarjeta amarilla al SEFV-H. Detallar: ..... <input type="checkbox"/> Otros .....	
<b>MEDICAMENTO 2</b> <input type="checkbox"/> Facilitar IPM* y/o sugerencias de mejora en el proceso de uso del medicamento. Detallar: ..... <input type="checkbox"/> Solucionar falta de adherencia. Detallar: ..... <input type="checkbox"/> Derivación a otro profesional sanitario**: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> O. Detallar: ..... <input type="checkbox"/> Notificar tarjeta amarilla al SEFV-H. Detallar: ..... <input type="checkbox"/> Otros .....	
<b>MEDICAMENTO 3</b> <input type="checkbox"/> Facilitar IPM* y/o sugerencias de mejora en el proceso de uso del medicamento. Detallar: ..... <input type="checkbox"/> Solucionar falta de adherencia. Detallar: ..... <input type="checkbox"/> Derivación a otro profesional sanitario**: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> O. Detallar: ..... <input type="checkbox"/> Notificar tarjeta amarilla al SEFV-H. Detallar: ..... <input type="checkbox"/> Otros .....	

\* Información personalizada del medicamento (IPM). \*\* Médico (M), Enfermero (E), Otro (O): dentistas, podólogos, optometristas, nutricionistas, etc. SEFAC · Junio 2020  
 © Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC). Todos los derechos reservados. El contenido de esta obra está protegido por la Ley, que establece penas de prisión y/o multas, además de las correspondientes indemnizaciones por daños y perjuicios, para quienes reprodujeren, plagieren, distribuyeren o comunicaren públicamente, en todo o en parte, una obra literaria, artística o científica, o su transformación, interpretación o ejecución artística fijada en cualquier tipo de soporte o comunicada a través de cualquier medio, sin la preceptiva autorización escrita de los titulares del Copyright.

## Servicio de revisión del uso de los medicamentos (RUM)

### DATOS DE LA FARMACIA

Farmacia .....  
Dirección .....  
Teléfono ..... e-mail .....

revisa

Fecha revisión ..... Nº RUM .....

### DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos .....

## INFORME PARA EL PACIENTE Nº.....

### Información al paciente sobre la revisión de los medicamentos

Se han revisado los siguientes medicamentos: .....

Tras realizar una Revisión del Uso de los Medicamentos, le detallamos a continuación el informe de los medicamentos revisados.

### Acciones realizadas

- Verificación de los medicamentos prescritos.
- Revisión de medicamentos indicados, de autocuidado y otros productos para su salud.
- Comprobación del grado de conocimiento de los medicamentos y su indicación.
- Comprobación de la pauta posológica (dosis, pauta y duración) respecto a la pauta prescrita.
- Comprobación del conocimiento sobre la administración
- Comprobación del conocimiento sobre la conservación y eliminación.
- Provisión de la información personalizada sobre el proceso de uso de cada uno de dichos medicamentos.
- Detección de Problemas Relacionados con los medicamentos y/o de Resultados Negativos asociados a los medicamentos.
- Comprobación de la adherencia terapéutica según test de Haynes-Sackett.
- Provisión de materiales de ayuda al paciente que ayuden al paciente a comprender y autogestionar su medicación y enfermedad.
- Provisión de recomendaciones para un estilo de vida saludable.
- Derivación al médico y/o a otros profesionales sanitarios. Indicar .....  Informe adjunto
- Derivación a otros servicios profesionales farmacéuticos asistenciales. Indicar .....

Nombre y apellidos del farmacéutico .....

Firma

Nº colegiado ..... Fecha del informe .....

SEFAC - Junio 2020  
© Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC). Todos los derechos reservados. El contenido de esta obra está protegido por la Ley, que establece penas de prisión y/o multas, además de las correspondientes indemnizaciones por daños y perjuicios, para quienes reprodujeren, plagiaran, distribuyeren o comunicaren públicamente, en todo o en parte, una obra literaria, artística o científica, o su transformación, interpretación o ejecución artística fijada en cualquier tipo de soporte o comunicada a través de cualquier medio, sin la preceptiva autorización escrita de los titulares del Copyright.