

A-2

| | |
|---------------------|---------------------------------|
| Nº de Expediente(*) | DATOS DE LA ESPECIALIDAD |
|---------------------|---------------------------------|

| | |
|--------------------------------------|--|
| 1. Denominación común internacional | |
| 2. Nombre genérico | |
| 3. Principio activo | |
| 4. Vías de administracion | |
| 5. Dosis | |
| 6. Dosis diaria | |
| 7. Duración prev. Tratamiento (días) | |
| 8. Forma farmacéutica | |
| 9. Nombre comercial | |
| 10. Laboratorio | |
| 11. País de origen | |

Referencias bibliográficas y otros datos que faciliten su búsqueda

| | |
|--|---|
| | Médico (nombre): FECHA: TELÉFONO: Nº DE COLEGIADO FIRMA |
| | Servicio de Farmacia FARMACEUTICO (nombre): FECHA: FIRMA: |

A RELLENAR POR EL SERVICIO DE SUMINISTROS

(*) A cumplimentar por el Servicio de Suministros

En cumplimiento del art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, se informa que los datos de los impresos A2 y A3 van a ser incorporados al fichero "Medicamentos Extranjeros" para la gestión y control de la misma, cuyo órgano responsable es la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid. La información sobre la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición podrá obtenerse a través de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, Paseo de Recoletos 14. Madrid 28001.