



HOJA DE PETICIÓN DE FÓRMULAS MAGISTRALES

 <p>Complejo Hospitalario Universitario de Albacete</p>	 <p>sescam Servicio de Salud de Castilla-La Mancha</p>	Nº Hª CLÍNICA: <input style="width: 80%;" type="text"/> Nº S.S.: <input style="width: 80%;" type="text"/> 1er APELLIDO: _____ 2º APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ SEXO <input type="checkbox"/> EDAD <input type="checkbox"/>
SERVICIO/SECCIÓN: Nº CAMA: <input style="width: 50px;" type="text"/> CONSULTA EXT. <input style="width: 50px;" type="text"/>		
SERVICIO DE FARMACIA		

PETICION DE FÓRMULAS MAGISTRALES

Fecha:
 Servicio solicitante: Código:
 Diagnóstico:
 Dr.: Nº colegiado:

COMPOSICIÓN (cualitativa y cuantitativa)	µg	mg	g	ml	%	‰	otras	VÍA (Marcar con X)
								ORAL
								TÓPICA
								OFTÁLMICA
								ÓTICA
								I.M.
								I.V.
								RECTAL
								OTRA:

Intolerancia: (Rellenar obligatoriamente por los Servicios de Neonatología y Pediatría)
 LACTOSA SI NO GLUTEN SI NO OTRAS SI NO

Posología:	Duración del tratamiento:	Cantidad total:
-------------------	----------------------------------	------------------------

OBSERVACIONES:

VºBº Farmacéutico

VºBº Médico

VªBª Supervisora

- Escribir con letra de imprenta
 - Consignar todos los datos solicitados
 - Las peticiones mal cumplimentadas no serán atendidas
 - Utilizar un impreso para cada fórmula solicitada