

**FICHA PROVINCIAL DE NOTIFICACION Y/O DENUNCIA DE ERRORES
DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS
MAGISTRALES Y HOMEOPÁTICOS.**



“Las notificaciones y/o denuncias son voluntarias, espontáneas y confidenciales”

LUGAR: Argentina, Córdoba, LOCALIDAD _____
FECHA DE REPORTE ____/____/____

TIPO DE ERROR DE PRESCRIPCIÓN (marque con X todas las que correspondan)

NOMBRE DEL PRESCRIPTOR: _____

PROFESIÓN: _____

Nº DE MATRÍCULA: _____

ESPECIALIDAD: _____

Letra ilegible	
Drogas incompatibles	
Drogas no incluidas en farmacopeas	
Fórmulas con códigos no reconocidos/ No oficiales	
Porcentajes erróneos de drogas	
Excipientes o vehículos incorrectos	
Dirigismo explícito en la receta	
Vía de administración equivocada	
Duración del tratamiento incorrecto	

Otro (especificar).

TIPO DE ERROR DE DISPENSACIÓN (marque con X todas las que correspondan)

FARMACIA (Razón Social): _____

NOMBRE DEL DT: _____

Nº DE MATRÍCULA: _____

Medicamento vencido/deteriorado	
Etiquetado incorrecto	
Prospecto incorrecto	
Envasado incorrecto	
Forma farmacéutica equivocada	

Otro (especificar).

DATOS DEL NOTIFICADOR (opcional)

Nombre y Apellido: _____

Profesión: _____

Lugar de trabajo _____

Dirección _____

Tel/Fax _____

e-mail _____

DATOS DEL PACIENTE (opcional)

Nombre y Apellido / Iniciales: _____ Edad _____ Sexo _____

Diagnóstico _____

ADJUNTO DOCUMENTO QUE ACREDITA LA DENUNCIA (fotocopia, foto, etc)