ANEXO I. IDENTIFICACIÓN Y COMPROMISO DE LA OFICINA DE FARMACIA E IDENTIFICACIÓN Y COMPROMISO DE LOS FACULTATIVOS.

DEPÓSITO DE MEDICAMENTOS:
(márquese lo que proceda)

☐ General.

☐ Toxina botulínica Tipo A para uso exclusivamente estético.

A.- TITULAR DE LA OFICINA DE FARMACIA O DEL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

D/Dña. , con NIF titular de la oficina de Farmacia nº sita en ACEPTO la responsabilidad del suministro, supervisión y control de la dispensación de los medicamentos del Depósito del centro sanitario sito en , así como llevar un registro del número de envases e identificación de los medicamentos suministrados y fechas del suministro.

En ,a de de 201

Firma del Titular de la Oficina de Farmacia y Sello Oficial

B.- FACULTATIVO MÉDICO QUE PRESCRIBE Y ADMINISTRA TRATAMIENTOS CON TOXINA BOTULÍNICA TIPO A PARA USO EXCLUSIVAMENTE ESTÉTICO.

D/Dña. , con NIF como médico prescriptor y administrador de los tratamientos con medicamentos con toxina botulínica autorizados para uso exclusivamente estético, me comprometo a obtener el consentimiento informado previo, por escrito, de los pacientes así como a formalizar la correspondiente histórica clínica y a cumplimentar y conservar una ficha de seguimiento para cada paciente.

En ,a de de 201

Firma del Médico

Según lo dispuesto en la Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, Ley 1/2007, del Principado de Asturias, de 16 de marzo, de Atención y Ordenación Farmacéutica y Decreto 55/2014, de 28 de mayo, por el que se regula la autorización de centros y servicios sanitarios.