



Junta de Andalucía

Consejería de Salud y Familias

Servicio Andaluz de Salud

# P0021\_PROCEDIMIENTO DE VISADO FARMACÉUTICO



**Elaboración (versión 1):** Susana Cifuentes Cabello

José Antonio Morales Molina

Francisco Sierra García

**Referente:** UGC HU Torrecárdenas

**Fecha de revisión:** 27/06/2022 (trianual)

**Elaboración:** UGC Farmacia

**Validación:** Unidad de Calidad HUT

**Autorización:** Dirección Asistencial HUT



## ÍNDICE

1.-INTRODUCCIÓN

2.-OBJETIVO

3.- RESPONSABILIDAD

4.- TRAMITACIÓN DEL VISADO EN LOS CENTROS

4.1.-ACCESO A LA APLICACIÓN

- Visado Receta XXI
- Visado Receta Manual

4.2.-VISADO DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS

4.3.-VISADO DE NUTRICIÓN ENTERAL Y PRODUCTOS DIETOTERAPICOS

4.4.-VISADO DE PRODUCTOS DIETOTERAPICOS INFANTILES

4.5.- VISADO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO

4.6.- VISADO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN NORMAL

5.-PERSONAL DE CONTACTO

6.-ANEXOS



## **1.-INTRODUCCIÓN**

La Resolución, de 30 de noviembre de 2021, de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, sobre gestión y control del visado de recetas establece que el visado de recetas es una medida para garantizar el uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

El visado de recetas del Servicio Andaluz de Salud (en adelante SAS) es la diligencia, manual o electrónica, mediante la que se autoriza, para un paciente concreto, el que determinados productos (medicamentos, productos sanitarios y productos dietéticos) puedan ser dispensados con cargo al mismo.

Mediante el visado se verifica la conformidad del tratamiento prescrito en receta oficial del SAS con las condiciones de utilización autorizadas en la ficha técnica y las indicaciones terapéuticas financiadas.

Requieren visado todas aquellas recetas en las que se prescriban algún producto sometido a este control sanitario para los usuarios del SAS y las personas adscritas a las mutualidades administrativas: Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) y Mutualidad General Judicial (MUGEJU), que hayan optado por recibir la asistencia sanitaria del SAS.

## **2.-OBJETIVO**

El objetivo de este manual es realizar y armonizar el visado de recetas en todos los centros dependientes del Distrito Sanitario Almería, estableciendo un procedimiento de trabajo sistematizado.



### 3.- RESPONSABILIDAD

La responsabilidad del visado en el hospital recae sobre el Director de la UGC de Farmacia, pudiendo este delegar dicha función en aquellos profesionales que considere.

### 4.- TRAMITACIÓN DEL VISADO EN LOS CENTROS

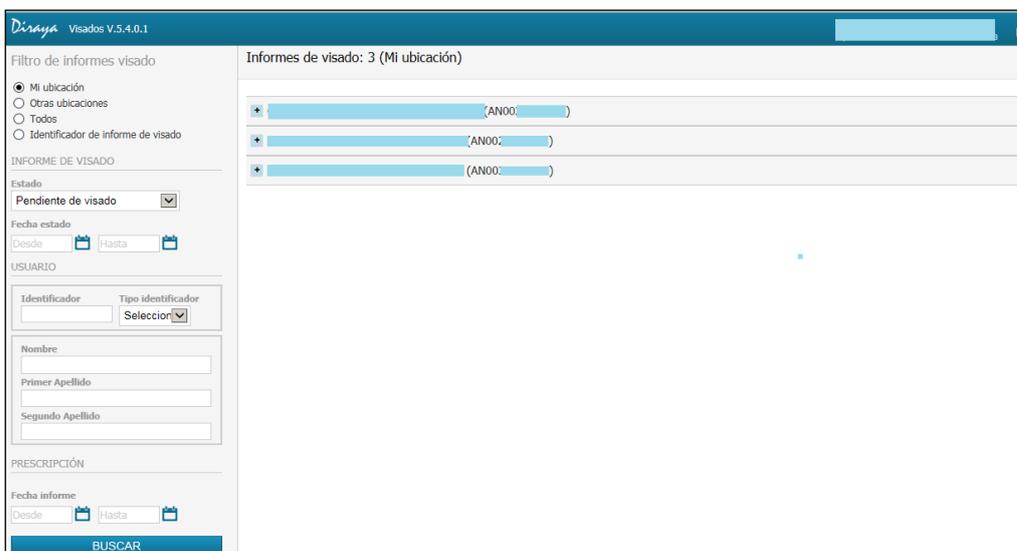
#### 4.1.-ACCESO A LA APLICACIÓN

##### ➤ Visado Receta XXI

En el HU Torrecárdenas los profesionales tienen acceso al módulo de visado de Diraya a través de su usuario / contraseña DMSAS.



Una vez identificados, se tendrá acceso a la relación de pacientes con prescripciones pendientes de visado.





Para saber si es INICIO o CONTINUACIÓN de tratamiento marcar:

En filtro de informes visado: **TODOS**

En informe de visado – Estado: **TODOS**

Usuario: **NUSHA del paciente**

Diraya Visados V.5.4.0.1

Filtro de informes visado

Mi ubicación

Otras ubicaciones

Todos

Identificador de informe de visado

INFORME DE VISADO

Estado:

Fecha estado: Desde  Hasta

USUARIO

Identificador:  Tipo identificador:

Nombre:

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

PRESCRIPCIÓN

Fecha informe: Desde  Hasta

BUSCAR

En cada paciente hay que comprobar los siguientes campos en el informe de visado:

- Juicio clínico
- Indicaciones
- Diagnóstico
- Código CIE-9

En el caso de que el médico no cumplimente el informe de visado electrónicamente desde el módulo de prescripción de Diraya, los informes tendrán que ser escaneados y enviados vía e-mail a la Unidad de Atención al Usuario del centro para poder proceder a realizar el visado.

#### ➤ Visado Receta Manual

Cuando el paciente acude presencialmente a la “Unidad de Atención a la Ciudadanía” del centro hospitalario para que se le vise una receta por primera vez tiene que aportar la receta y el informe del médico especialista, especialmente cuando se trata de vacunas



antialérgicas individualizadas, medias de compresión de normal y tiras reactivas orina, que no tienen informatizado el informe en el módulo de visado XXI.

Antes del visado de estas recetas manuales se deberá comprobar que no están activas en receta XXI (esta comprobación se realizará en el módulo visado XXI).

## **4.2.-VISADO DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS**

### **4.2.1.-Inicio de tratamiento**

Al inicio de los tratamientos, el prescriptor podrá determinar la vigencia del informe de visado con una duración máxima de un año.

### **4.2.2.-Continuación de tratamiento**

El operador visará las sucesivas recetas, siempre que no se modifiquen las condiciones de visado iniciales. En caso de modificación, deberá realizar un nuevo informe.

## **4.3.-VISADO DE NUTRICIÓN ENTERAL Y PRODUCTOS DIETOTERAPICOS**

Los tratamientos de nutrición enteral (inicio y continuación), se realizan por un médico especialista del hospital. Normalmente, el visado de estas recetas se efectúa en el hospital, pero excepcionalmente y para evitar desplazamientos al paciente, podrá visarse en el Centro.

**Siempre que se vise una receta de Nutrición enteral o producto dietoterápico, deberá adjuntar el informe del especialista de hospital.**

Solo se visará con el informe del médico de Atención Primaria, los **espesantes**.

La Unidad de Nutrición será la encargada de realizar **la renovación de tratamientos** en pacientes con prescripción activa de Nutrición enteral (incluidos suplementos nutricionales), previa valoración de los mismos.

Para ello, los médicos y/o enfermeras deberán solicitar la valoración de la continuidad de tratamiento justificándola con la siguiente información:

- ✓ Informe de valoración nutricional
- ✓ Analítica reciente



- ✓ Test MNA (Mini Nutritional Assessment)

Esta documentación se enviará desde Distrito Almería al correo electrónico de la Secretaría de la Unidad de Nutrición: José Luis Díaz Pérez De Perceval ([josel.diaz.perezperceval.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:josel.diaz.perezperceval.sspa@juntadeandalucia.es))

Esta información deberá enviarse con tiempo suficiente para su resolución.

#### **4.4.-VISADO DE PRODUCTOS DIETOTERICOS INFANTILES**

La indicación de leche infantil para intolerancia o alergia a proteínas vacunas, debe ser realizada por médicos especialistas de Hospital, teniendo en cuenta que sólo se visa hasta los 2 años de edad. A partir de esta edad estos productos **no están financiados** por el Sistema Sanitario Público. Por ello debe tenerse en cuenta la edad de niño antes de la renovación del visado.

En caso de alergia o sospecha de intolerancia, el pediatra del Centro podrá iniciar el tratamiento hasta la fecha de la cita para la consulta con el especialista del hospital.

#### **4.5.- VISADO DE MEDICAMENTOS DE DIAGNOSTICO HOSPITALARIO**

En el caso de los medicamentos calificados de diagnóstico hospitalario por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPs), la prescripción y el informe clínico justificativo deberán ser realizados necesariamente por médicos especialistas del ámbito hospitalario. Cuando el médico especialista del ámbito hospitalario instaure el tratamiento, deberá prescribirlo para el tiempo necesario que se requiera.

Solo en casos excepcionales y previa autorización de la Unidad de Farmacia del Distrito, se podrán visar aquellas recetas prescritas por el médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, como continuación del tratamiento instaurado. Una vez autorizadas estas situaciones, el operador continuará visando en el Centro.



#### **4.6.- VISADO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN NORMAL**

Las medias de compresión normal **sólo pueden prescribirse en recetas con formato papel.**

La prescripción inicial la tiene que realizar el especialista de hospital.

Las continuaciones las pueden realizar los médicos especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Desde los centros se visarán las continuaciones en el módulo de visado manual, al cual se accede desde menú Distrito.

Tiene que transcurrir un tiempo mínimo entre un visado y otro de 6 meses.

Junto con la receta manual se deberá aportar el informe del médico especialista de hospital

El Acceso al visado manual se detalla en el apartado 3.1

#### **5.-PERSONAL DE CONTACTO**

##### *UNIDAD DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA DEL HU TORRECÁRDENAS*

D. Andrés Pérez Martínez. Director de la Unidad de Atención a la Ciudadanía.

Teléfono de contacto: centralita del HU Torrecárdenas (950016000) que deriva la llamada a Gestoría del Usuario>>punto de visado.

##### *UGC FARMACIA DEL HU TORRECÁRDENAS*

D. Francisco Sierra García. Director de la UGC Farmacia. HU Torrecárdenas.

D<sup>a</sup>. Susana Cifuentes Cabello. Responsable de Área del Uso Racional del Medicamento.  
HU Torrecárdenas

#### **6.-ANEXOS**



# ANEXO I

## INFORME PRESCRIPCIÓN DE OTROS MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

Paciente: \_\_\_\_\_ NUSHA: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Posología: \_\_\_\_\_ Duración tto: \_\_\_\_\_ sello, y firma del facultativo

(marque la indicación con una x)

<b>Medicamento</b>	<b>Indicaciones:</b> (Instrucciones de la D.G.F. y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo 24/3/99 y aprobado en el Anexo I de la Circular nº 8/94 de "Gestión y control del visado de recetas del Sistema Nacional de Salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud"):
<b>CLOPIDOGREL</b> <i>Agrelan®</i> <i>Arapamin®</i> <i>Grepid®</i> <i>Iscover®</i> <i>Maboclop®</i> <i>Plavix®</i> <i>Vatoud®</i> <i>Zyllt®</i>	<p><i>Prevención de eventos aterotrombóticos en:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Pacientes que han sufrido Infarto de Miocardio (desde pocos días hasta un máximo de 35 días).</li> <li><input type="checkbox"/> Pacientes que han sufrido un Infarto Cerebral (desde los 7 días hasta un máximo de 6 meses)</li> <li><input type="checkbox"/> Pacientes con Arteriopatía Periférica establecida.</li> <li><input type="checkbox"/> Pacientes que presentan Síndrome Coronario Agudo sin elevación del segmento-ST (Angina Inestable o Infarto de Miocardio sin onda-Q), incluyendo pacientes que se han sometido a la colocación de un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con AAS.</li> <li><input type="checkbox"/> Infarto de miocardio agudo con elevación del segmento ST, subsidiario de terapia trombolítica, en combinación con AAS.</li> <li><input type="checkbox"/> Prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos en fibrilación auricular.</li> <li><input type="checkbox"/> Tratamientos de pacientes con angina estable que presentan contraindicación o intolerancia al ácido acetilsalicílico.</li> <li><input type="checkbox"/> Tratamiento de pacientes con accidente isquémico transitorio que presenten contraindicaciones o intolerancia al ácido acetilsalicílico.</li> </ul>
<b>CLOPIDOGREL/ ACETILSALICÍLI CO ÁCIDO</b>	<p>Prevención de acontecimientos tromboticos en pacientes adultos que ya están tomando clopidogrel y ácido acetil- salicílico(AAS). Combinación de medicamentos a dosis fijas para el tratamiento de continuación en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST(angina inestable o infarto de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea.</li> <li><input type="checkbox"/> Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, que son candidatos a terapia trombolítica</li> </ul>
<b>CELECOXIB</b> <i>Celebrex®</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Alivio sintomático de la artrosis y artritis reumatoide.</li> </ul>
<b>COLESEVELAM</b> <i>Cholestage®</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> En combinación con una estatina, como tratamiento coadyuvante a la dieta para proporcionar una reducción adicional en las concentraciones de colesterol de lipoproteína de baja densidad (C-LDL) en aquellos pacientes adultos con hipercolesterolemia primaria que no están controlados adecuadamente solo con estatina.</li> <li><input type="checkbox"/> En monoterapia, esta indicado como tratamiento coadyuvante a la dieta para la reducción del colesterol total y del cLDL elevados, en pacientes adultos con hipercolesterolemia primaria para los que el tratamiento con estatinas es inapropiado o no es bien tolerado.</li> <li><input type="checkbox"/> Junto con ezetimiba, con o sin estatina, en pacientes adultos con hipercolesterolemia primaria incluyendo a los pacientes con hipercolesterolemia familiar</li> </ul>
Simvastatina, pravastatina Lovastatina, Atorvastatina Fluvastatina Pitavastatina, Rosuvastatina, Ezetimiba	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia familiar heterocigótica.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Sello: " APORTACIÓN REDUCIDA ESTATINAS "</b></p>
<b>ATOMOXETINA</b> <i>Strattera®</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños a partir de los 6 años y adolescentes como parte de un programa completo de tratamiento.</li> </ul>
<b>BECAPLERMINA</b> <i>Regranex®</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Junto con otras medidas para el tratamiento adecuado de la herida, para estimular la granulación y por ello la cicatrización en todo su grosor de las úlceras diabéticas neuropáticas crónicas de superficie menor o igual a 5 cm2.</li> </ul>
<b>FEBUXOSTAT</b> <i>Adenuric®</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Tratamiento de hiperuricemia crónica en situaciones en las que ya se ha producido depósito de urato (incluyendo los antecedentes o la presencia de tofos y/o artritis gotosa).</li> </ul>
<b>PRASUGREL</b> <i>Efient®</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> En administración conjunta con ácido acetilsalicílico (AAS), está indicado para la prevención de eventos aterotrombóticos en pacientes con síndrome coronario agudo (p.ej. angina inestable, infarto de miocardio sin elevación del segmento ST [AI/IMSEST] o infarto de miocardio con elevación del segmento ST [IMEST]) sometidos a intervención coronaria percutánea (ICP) primaria o aplazada.</li> </ul>
<b>TICAGRELOR</b> <i>Brilique®</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Administrado conjuntamente con ácido acetilsalicílico (AAS), esta indicado para la prevención de ontecimientos aterotromboticos en pacientes adultos con Síndromes Coronarios Agudos (angina inestable, infarto de miocardio sin elevación del segmento ST [IMSE ST] o infarto de miocardio conelevación del segmento ST [IMCEST]), incluidos los pacientes controlados con tratamiento medico y los sometidos a una intervención coronaria percutanea (ICP) o a un injerto de derivación de arteria coronaria (IDAC).</li> </ul>



## ANEXO II

### INFORME PRESCRIPCIÓN DE OTROS MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

PACIENTE: \_\_\_\_\_ N.U.S.S: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

POSOLOGÍA: \_\_\_\_\_ DURACIÓN TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_ SELLO Y FIRMA DEL FACULTATIVO  
 (MARQUE LA INDICACIÓN CON UNA X)

Medicamento	Indicaciones (Instrucciones de la D.G.F. y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo 24/3/99 y aprobado en el Anexo I de la Circular nº 8/94 de "Gestión y control del visado de recetas del Sistema Nacional de Salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud"):
<b>NATEGLINIDA</b> <i>Starlix</i> ®	<input type="checkbox"/> <b>Terapia combinada</b> con Metformina en pacientes con DM II inadecuadamente controlados con una dosis máxima tolerada de Metformina en monoterapia
<b>PIOGLITAZONA</b> <i>Actos</i> ®	<input type="checkbox"/> <b>Monoterapia</b> oral en DM II, particularmente en pacientes con sobrepeso controlados inadecuadamente por la dieta y el ejercicio para los que la Metformina está contraindicada o presentan intolerancia. <input type="checkbox"/> <b>Terapia combinada</b> en pacientes con DM II con control glucémico inadecuado independientemente de la dosis máxima tolerada en monoterapia con Metformina o Sulfonilurea: <input type="checkbox"/> En combinación con Metformina, particularmente en pacientes con sobrepeso. con control glucémico inadecuado. <input type="checkbox"/> En combinación con una Sulfonilurea, sólo en pacientes para los que la Metformina está contraindicada o presentan intolerancia. <input type="checkbox"/> En combinación con Metformina y una sulfonilurea, en pacientes (especialmente con sobrepeso) con control glucémico inadecuado a pesar de la doble terapia oral. <input type="checkbox"/> En combinación con insulina en DM II con control glucémico inadecuado y en los que no es apropiado el uso de metformina debido a contraindicaciones.
<b>METFORMINA/ PIOGLITAZONA</b> <i>Competact</i> ®/ <i>Glubrava</i> ®	<input type="checkbox"/> DM II, especialmente pacientes con sobrepeso, con control glucémico insuficiente con la dosis máxima tolerada de Metformina oral en monoterapia.
<b>GLIMEPIRIDA/ PIOGLITAZONA</b> <i>Tandemact</i> ®	<input type="checkbox"/> Indicado para el tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que sufren intolerancia a la Metformina o en quienes la Metformina está contraindicada y que están ya en tratamiento con una combinación de Pioglitazona y Glimepirida.
<b>EXENATIDA</b> <i>Bydreon 2mg iny</i> ® <i>Byetta 5 y 10 mcg</i> <i>pluma</i> ®	<input type="checkbox"/> Indicado para el tratamiento en doble o triple terapia de diabetes mellitus tipo 2 en pacientes con sobrepeso (índice de masa corporal igual o mayor a 30), que no hayan alcanzado un control glucémico adecuado con las dosis máximas de los siguientes antidiabéticos orales: - metformina - sulfonilureas - tiazolidindionas - metformina y una sulfonilurea - metformina y una tiazolidindiona  <input type="checkbox"/> Tratamiento coadyuvante a insulina basal con o sin metformina y/o pioglitazona en pacientes adultos con sobrepeso cuyo índice de masa corporal sea igual o mayor a 30, que o hayan alcanzado un adecuado control glucémico con estos medicamentos.
<b>LIRAGLUTIDA</b> <i>Victoza 6mg/ml plum</i> ®	Tratamiento de adultos con diabetes mellitus tipo 2 y con sobrepeso ( índice de masa corporal igual o mayor a 30 Kg/m2), para alcanzar el control glucémico en combinación con: <input type="checkbox"/> Metformina o una sulfonilurea, en pacientes con un control glucémico insuficiente a pesar de haber recibido la dosis máxima tolerada de metformina o sulfonilurea en monoterapia. <input type="checkbox"/> Metformina y una sulfonilurea, o bien metformina y una tiazolidindiona, en pacientes con un control glucémico insuficiente a pesar de la terapia doble.



# ANEXO III

## INFORME PARA LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS:

Médico: \_\_\_\_\_ CNP: \_\_\_\_\_ Centro: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_ Posología: \_\_\_\_\_ Duración Tratamiento: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_ N.U.S.S: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Medicamento		Indicación: tratamiento de:	
Olanzapina	INY	Control rápido de la agitación y los comportamientos alterados en pacientes con esquizofrenia o episodio maniaco, cuando no es adecuado el tratamiento oral. Tan pronto como sea posible, se debe interrumpir el tratamiento inyectable, iniciándose el tratamiento con olanzapina por vía oral.	
	ORAL	Esquizofrenia	
		Episodio maniaco moderado o severo	
		Mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.	
Risperidona	INY	Tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes previamente estabilizados con un antipsicótico oral.	
	ORAL	Esquizofrenia.	
		Tratamiento de los episodios maniacos de moderados a graves asociados a los trastornos bipolares..	
		Tratamiento a corto plazo ( hasta 6 semanas) de la agresión persistente que puede aparecer en pacientes con demencia tipo Alzheimer de moderada a grave que no responde a otras medidas no farmacológicas y cuando hay un riesgo de daño para ellos mismos o para los demás.	
		Tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente en los trastornos de la conducta en niños de 5 años de edad en adelante y adolescentes con un funcionamiento intelectual por debajo de la media o retraso mental diagnosticado de acuerdo al criterio DSM-IV, en los que la gravedad de la agresión u otros comportamientos perturbadores requieran tratamiento farmacológico. El tratamiento farmacológico debe formar parte de un programa terapéutico más exhaustivo, con medidas educativas y psicosociales. Se recomienda la prescripción de risperidona por un especialista en neurología infantil y psiquiatría para niños y adolescentes o médicos familiarizados con el tratameinto de los trastornos de conducta e niños y adolescentes.	
Tratamiento de los problemas del comportamiento (tales como agresividad, hiperactividad y comportamiento estereotipado) asociados al autismo.			
Quetiapina	Esquizofrenia.		
	Episodios maniacos de moderados a grave en trastorno bipolar.		
	Episodios depresivos mayores en trastorno bipolar.		
	Prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar.		
	Tratamiento de la agresividad persistente que puede aparecer en pacientes con demencia, de moderada a grave, que no responden a medidas no farmacológicas, cuando hay un riesgo de daño para ellos mismos o para los demás y han fracasado o presentan intolerancia o contraindicación al haloperidol, las benzodiazepinas y la risperidona.		
Tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta optima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia. Antes de iniciar el tratamiento, los medicos deben considerar el perfil de seguridad de quetiapina prolong.( <b>solo liberación modif.</b> )			
Zuclopentixol		Esquizofrenia crónica y subcrónica con crisis agudas, especialmente en pacientes agitados y/o agresivos	
Amisulprida		Esquizofrenia	
Ziprasidona	INY	Control rápido de la agitación en pacientes con esquizofrenia, cuando el tratamiento por vía oral no es apropiado, durante un máximo de tres días consecutivos.	
	ORAL	Esquizofrenia en adultos.	
Aripiprazol	ORAL	Tratamiento de episodios maniacos o mixtos de gravedad moderada asociados con trastorno bipolar en adultos y en niños y adolescentes de 10-17 años (no se ha establecido la prevención de episodios en trastorno bipolar)..	
	ORAL	Control rápido de la agitación y alteraciones del comportamiento en pacientes con esquizofrenia o en los episodios maniacos en pacientes con trastorno bipolar tipo I,cuando el tratamiento oral no es adecuado.	
		Esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más	
Sertindol		Episodios maniacos moderados o severos en Trastorno Bipolar I y en la prevención de nuevos episodios maniacos en pacientes que respondieron al tratamiento con aripiprazol.	
Asenapina		Tratamiento de la irritabilidad asociada al trastorno autista en niños y adolescentes (6 a 17 años) que presenten contraindicación, intolerancia o falta de respuesta terapéutica al tratamiento con risperidona.	
Paliperidona		Esquizofrenia, en pacientes intolerantes como mínimo a otro fármaco antipsicótico, debido a los problemas de seguridad cardiovascular del fármaco. No debe utilizarse para el alivio rápido en pacientes con sintomatología aguda.	
Paliperidona	INY	Tratamiento de los episodios maniacos de moderados a graves,asociados con el trastorno bipolar I en adultos.	
		Tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos estabilizados con paliperidona o risperidona.	
	ORAL	En deteminados pacientes adultos con esquizofrenia y respuesta previa a paliperidona o risperidona oral, puede ser utilizado sin necesidad de estabilización previa con tratamiento oral si los síntomas psicóticos son leves o moderados y es necesario un tratamiento con un inyectable de acción prolongada.	
		Tratamiento de la esquizofrenia.	
		Tratamiento de síntomas maniacos o psicóticos del trastorno esquizoafectivo. No se ha demostrado su efectos sobre los síntomas depresivos.	

FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO: \_\_\_\_\_



## ANEXO IV

### INFORME DE VISADO: MEDICAMENTOS FINANCIADOS PARA DETERMINADAS INDICACIONES

Paciente: \_\_\_\_\_  
Centro: \_\_\_\_\_  
Médico: \_\_\_\_\_

N.U.S./A.: \_\_\_\_\_  
Fecha, firma y sello del médico:

MEDICAMENTO	Indicación tratamiento de:
BIOLID 3,5G 15 SOBRES POLVO PARA SUSPENSION ORAL BIOLID 3,5G 30 SOBRES POLVO PARA SUSPENSION ORAL ISPAGHULA 3,5G 30 SOBRES POLVO SUSPENSION ORAL PLANTAGO OVATA 3,5G SOBRES POLVO EFERVESCENTE PLANTAGO OVATA 3,5G/SOB SOB POLV SUSP PLANTAGO OVATA 3,5G 30 SOBRES MONODOSIS POL SUS ORAL PLANTAGO OVATA 3,5G SOBRES POLVO SUSPENSION ORAL PLANTAGO OVATA 3,5G/SOBRE SOBRES POLVO PARA SUSPENSION PLANTAGO OVATA 3500 MG/SOBRES POLVO SUSPENSION PLANTAGO OVATA CINFA 3,5G 15 SOBR POLVO SUSPE ORAL PLANTAGO OVATA CINFA 3,5G 30 SOBR POLVO SUSPE ORAL PLANTAGO OVATA LAINCO 3,5G 15 SOBRES POLVO PARA SUSPENSION PLANTAGO OVATA LAINCO 3,5G 30 SOBRES POLVO PARA SUSPENSION PLANTAGO OVATA MADDAUS 3,5G 30 SOBRES POLVO EFERVESCENTE PLANTAGO OVATA NORMON 3,5G 30 SOB MONODO POL SU OR PLANTAGO OVATA ROVI 3,5G/SOB 15 SOBRES POL SUSP OR PLANTAGO OVATA ROVI 3,5G/SOB 30 SOBRES POL SUS OR PLANTASOR 3,5G 15 SOBRES POLVO EFERVESCENTE PLANTASOR 3,5G 30 SOBRES POLVO EFERVESCENTE	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE CROHN  <input type="checkbox"/> COLON IRRITABLE  <input type="checkbox"/> DIVERTICULOSIS
BELMALAX 66,75G/100ML 200ML SOLUCION ORAL BELMALAX 66,75G/100ML 800ML SOLUCION ORAL DUPHALAC 15ML 10 SOBRES SOLUCION ORAL DUPHALAC 200ML SOLUCION ORAL 1 BOTELLA DE 200ML DUPHALAC 800ML SOLUCION ORAL 1 BOTELLA DE 800ML DUPHALAC SOLUCION ORAL 10G/SOB 50 SOBRES EMPORTAL 10G/SOBRE 20 SOBRES POLVO PARA SOLUCION ORAL EMPORTAL 10G/SOBRE 50 SOBRES POLVO PARA SOLUCION ORAL LACTITOL MONOHIDRATO 10G/SOBRE 20 SOBRES LACTITOL MONOHIDRATO 100% 1 FRASCO 200G POLVO SOL ORAL LACTITOL MONOHIDRATO 100% 200G POLVO ORAL LACTITOL MONOHIDRATO 10G/SOBRE 20 SOBRES POLVO PARA SOLUCION LACTITOL MONOHIDRATO 10G/SOBRE 50 SOBRES POLVO PARA SOLUCION LACTITOL MONOHIDRATO 500ML SOLUCION ORAL LACTULOSA 10G 10 SOBRES SOLUCION ORAL EFG LACTULOSA 15ML 10 SOBRES SOLUCION ORAL LACTULOSA 200ML SOLUCION ORAL 1 BOTELLA DE 200ML LACTULOSA 800ML SOLUCION ORAL 1 BOTELLA DE 800ML LACTULOSA 800ML SOLUCION ORAL 1 BOTELLA DE 800ML LACTULOSA 66,75 G/100ML 200ML SOLUCION ORAL LACTULOSA 66,75 G/100ML 800ML SOLUCION ORAL LACTULOSA SOLUCION ORAL 10G/SOB 50 SOBRES LACTULOSA LAINCO 10G 10 SOBRES SOLUCION ORAL EFG LACTULOSA LAINCO 3,33G/5ML 1 BOTELLA DE 200 ML SOLUCION ORAL LACTULOSA LAINCO 3,33G/5ML SOLUCION ORAL 1 BOTELLA DE 800ML EFG LACTULOSA LEVEL 66,75G/100ML 200ML SOLUCION ORAL OPONAF 10G/SOBRE 20 SOBRES OPONAF 10G/SOBRE 50 SOBRES	<input type="checkbox"/> ENCAFALOPATÍA PORTOSISTÉMICA Y PARAPLEJIA
METILNALTREXONA BROMURO 12MG/0,6ML 1 VIAL SOLUCIÓN INY METILNALTREXONA BROMURO 12MG/0,6ML 7 VIALES+7 JER+14 TORU SOL INY RELISTOR 12MG/0,6ML 1 VIAL SOLUCION INYECTABLE RELISTOR 12MG/0,6ML 7 VIALES + 7 JERINGAS + 14 TORUNDAS SOL	<input type="checkbox"/> PACIENTES ONCOLÓGICOS
CARNICOR 1G 10 AMPOLLAS 5ML CARNICOR 1G 10 VIALES BEBIBLES 10ML CARNICOR 30% 40ML SOLUCION SECABIOL 30% 40ML SOLUCION	<input type="checkbox"/> DEFICITS PRIMARIOS Y SECUNDARIOS DE CARNITINA, DIAGNOSTICADOS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA



## ANEXO IV

### INFORME DE VISADO: MEDICAMENTOS FINANCIADOS PARA DETERMINADAS INDICACIONES

Paciente: \_\_\_\_\_

N.U.S./A.: \_\_\_\_\_

Centro: \_\_\_\_\_

Fecha, firma y sello del médico:

Médico: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTO	Indicación tratamiento de:
ACIDOS GRASOS OMEGA-3 ESTERES ETILICOS 100 MG 100 CAP. ACIDOS GRASOS OMEGA-3 ESTERES ETILICOS 100 MG 28 CAP. OMACOR 1000MG 100 CAPSULAS BLANDAS OMACOR 1000MG 28 CAPSULAS BLANDAS	<input type="checkbox"/> HIPERTRIGLICERIDEMIA GRAVE EN LA QUE ESTÁN CONTRAINDICADOS LOS FIBRATOS
<b>MUCOFLUID SOL. PARA INSTILACI ENDOTRAQUEOPULMON</b>	<input type="checkbox"/> EPOC Y ENFERMEDADES ASOCIADAS
BISOLTUS 10MG/5ML 250ML SOLUCION CODEÍNA 100ML SOLUCION ORAL CODEÍNA 250 ML SOLUCIÓN ORAL CODEÍNA 10MG/5ML 100ML JARABE CODEÍNA 10MG/5ML 250ML JARABE CODEÍNA 10MG/5ML JARABE FRASCO CON 250ML CODEÍNA 10MG/5ML 200ML SOLUCION ORAL CODEÍNA 10MG/5ML 250ML SOLUCION CODEÍNA 28,7MG 10 COMPRIMIDOS CODEÍNA 28,7MG 20 COMPRIMIDOS CODEÍNA 6.33MG/5ML 125ML JARABE CODEÍNA 6.33MG/5ML 250ML JARABE CODEÍNA COMPRIMIDOS LIBERACIÓN PROL CODEISAN 28,7MG 10 COMPRIMIDOS CODEISAN 28,7MG 20 COMPRIMIDOS CODEISAN 6,33MG/5ML 125ML JARABE CODEISAN 6,33MG/5ML 250ML JARABE DASTOSIN 10MG/5ML 150ML JARABE DASTOSIN 10MG/5ML 250ML JARABE DASTOSIN 20MG 30 CAPSULAS DEXTROMETORFAN 15MG 20 COMP DEXTROMETORFAN 15MG/5ML 200ML JARABE DEXTROMETORFAN 15MG/ML 20ML GOTAS ORALES EN SOLUCION DIHIDROCODEÍNA 10MG/ML 15ML SOLUCION GOTAS DIHIDROCODEÍNA 10MG/ML 30ML SOLUCION GOTAS DIHIDROCODEINA JARABE 10MG/5ML ENVASE 150G DIMEMORFANO FOSFATO 10MG/5ML 150ML JARABE DIMEMORFANO FOSFATO 10MG/5ML 250 ML JARABE DIMEMORFANO FOSFATO 20MG 30 CAPSULAS FLUDAN CODEINA 10MG/5ML 200ML SOLUCION ORA HISTA VERIN 10MG/5ML 100ML JARABE HISTA VERIN 10MG/5ML JARABE FRASCO CON 250ML NOSCAPINA 15MG 20 SUPOSITARIOS NIÑOS NOSCAPINA 15MG/5ML 150ML JARABE NOSCAPINA 5MG 20 SUPOSITARIOS LACTANTES NOTUSIN 100ML SOLUCION ORAL NOTUSIN 250ML SOLUCION ORAL PARACODINA JARABE 10MG/5ML ENVASE 150 G PERDURETAS CODEINA 20 COMPRIMIDOS LIBERACION PROL PERDURETAS CODEINA 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROL ROMILAR 15MG 20 COMPRIMIDOS ROMILAR 15MG/5ML JARABE 1 FRASCO DE 200ML ROMILAR 15MG/ML 20ML GOTAS ORALES EN SOLUCION TOSEÍNA 10MG/5ML 250ML SOLUCION ORAL TOSIDRIN 10MG/ML 15ML SOLUCION GOTAS TOSIDRIN 10MG/ML 30ML SOLUCION GOTAS TUSCALMAN 15MG 20 SUPOSITARIOS NIÑOS TUSCALMAN 15MG/5ML 150ML JARABE	<input type="checkbox"/> PACIENTES NEOPLÁSICOS CON TOS PERSISTENTE



## ANEXO IV

### INFORME DE VISADO: MEDICAMENTOS FINANCIADOS PARA DETERMINADAS INDICACIONES

Paciente: \_\_\_\_\_  
Centro: \_\_\_\_\_  
Médico: \_\_\_\_\_

N.U.S.S/A.: \_\_\_\_\_  
Fecha, firma y sello del médico:

MEDICAMENTO	Indicación tratamiento de:
<p>ACUOLENS 30 UNID MONOD 0,5ML SOLUC OFTALM ARTIFIC 30 ENVASES UNIDOSIS COLIRIO EN SOLUCION ARTIFIC FRASCO 10ML COLIRIO CARBOMERO 0.25% 10G GEL OFTÁLMICO CARBOMERO 2.5MG/G GEL OFTÁLMICO UNIDOSIS CARBOMERO 2MG/G 30 ENVASES UNIDOSIS DE 0,6G GEL OFTALMICO CARBOMERO 2MG/G MULTIDOSIS GEL OFTALMICO FRASCO 10G GEL CARBOMERO 10G GEL OFTÁLMICO CARMELOSA 0,5% 10 UNIDOSIS 0,4ML COLIRIO CARMELOSA 0,5% 2MG 30 ENVASES 0,4 ML CARMELOSA 1% 10 UNIDOSIS 0,4ML COLIRIO CARMELOSA 1% 30 UNIDOSIS 0,4ML COLIRIO COLIRCUSI HUMECTANTE COLIRIO 15 ML HIDRATHEA 10ML COLIRIO HIPROMELOSA COLIRIO 15ML HIPROMELOSA/SODIO CLORURO 30U MONOD 0,5ML SOLUC OFTALM HIPROMELOSA 30 ENV UNIDOSIS COLIRIO EN SOLUCIÓN HIPROMELOSA FRASCO 10ML COLIRIO LIPOLAC 10G GEL OFTALMICO LIQUIFILM LAGRIMAS 1.4% SOLUCION 15 ML POLIVINÍLICO ALCOHOL 1,4% SOLUCION 15ML OCULOTECT 50mg/ml colirio OCULOTECT 50 mg/ml colirio monodosis OFARSIN 2MG/G 30 ENVASES UNIDOSIS DE 0,6G GEL OFTALMICO OFARSIN 2MG/G MULTIDOSIS GEL OFTALMICO FRASCO 10G GEL SICCAFLUID 0,25% 10G GEL OFTALMICO SICCAFLUID 2,5MG/G GEL OFTALMICO 30 UNIDOSIS SICCAFLUID 2,5MG/G GEL OFTALMICO 60 UNIDOSIS SODIO CLORURO 10ML COLIRIO VISCOFRESH 0,5% 10 UNIDOSIS 0,4ML COLIRIO VISCOFRESH 0.5% 2 MG 30 ENVASES 0.4 ML VISCOFRESH 1% 10 UNIDOSIS 0,4ML COLIRIO VISCOFRESH 1% 30 UNIDOSIS 0,4ML COLIRIO</p>	<p><input type="checkbox"/> ALIVIO DE LA SEQUEDAD OCULAR EN PACIENTES AFECTOS DE SÍNDROME DE SJÖGREN</p>
<p>ANACERVIX 30 CAPSULAS ANACERVIX 60 CAPSULAS BLUFOMEDIL CLORHIDRATO 50MG AMP 5 ML CERVOXAN 20MG 30 CAPSULAS NAFTIDROFURILO OXALATO 100MG 50 CAPS PRAXILENE 100MG 50 CAPSULAS TEFAVINCA 20MG 30 COMPRIMIDOS VINBURNINA 20MG 30 CAPSULAS VINCACEN 20MG 30 CAPSULAS VINCAMINA 20 MG 30 CAPSULAS VINCAMINA 20 MG 30 COMPRIMIDOS VINCAMINA/PIRACETAM 30 CAPSULAS VINCAMINA/PIRACETAM 60 CAPSULAS</p>	<p><input type="checkbox"/> CLAUDICACIÓN INTERMITENTE</p>

# ANEXO V



Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD  
Distrito Almería

## INFORME PRESCRIPCIÓN DE OTROS MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO (Pediatras del Sistema Sanitario Público)

PACIENTE: \_\_\_\_\_

POSOLOGÍA: \_\_\_\_\_ DURACIÓN TTO: \_\_\_\_\_

SELLO, Y FIRMA DEL FACULTATIVO

N.U.S.S: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

(MARQUE LA INDICACIÓN CON UNA X)

<b>Medicamento</b>	<b>Indicaciones</b> (Instrucciones de la D.G.F. y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo 24/3/99 y aprobado en el Anexo I de la Circular nº 8/94 de "Gestión y control del visado de recetas del Sistema Nacional de Salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud"):
<p><b>POLISACÁRIDOS CAPSULARES CONJUGADOS PNEUMOCO HEPTAVALENTE</b></p> <p><b>PREVENAR®</b></p>	<p>Inmunización activa contra las enfermedades invasivas (incluyendo bacteriemia, sepsis, meningitis, neumonía bactericémica) causadas por los serotipos 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F y 23F de Streptococcus Pneumoniae en niños desde 2 meses hasta 2 años de edad, y en niños previamente no vacunados de 2 a 5 años, incluidos en los siguientes grupos de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Niños inmunocompetentes con riesgo de enfermedad neumocócica o sus complicaciones, debido a enfermedades crónicas cardiovasculares, respiratorias, diabetes mellitus, pérdida de líquido cefalo-raquídeo.</li> <li><input type="checkbox"/> Niños inmunocomprometidos con riesgo de enfermedad neumocócica o sus complicaciones debido a esplenía anatómica o funcional (incluyendo pacientes a esplenectomizar), anemia falciforme, Enfermedad de Hodgkin, linfoma, mieloma múltiple, insuficiencia renal crónica, síndrome nefrótico y trasplante de órganos.</li> <li><input type="checkbox"/> Niños con infección por VIH asintomáticos o sintomáticos.</li> <li><input type="checkbox"/> Niños candidatos a la implantación de un implante coclear o portadores de dicho implante.</li> <li><input type="checkbox"/> INDICACION AUTORIZADA POR RESOLUCIÓN 28/11 DE LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL SAS: -Pacientes sometidos a trasplante de progenitores hematopoyéticos</li> </ul>
<p><b>NEUMOCOCO, POLISACARIDOS CAPSULARES CONJUGADOS, 13- VALENTE</b></p> <p><b>PREVENAR13 ® 0,5ML 1 JERINGA PRECARGADA SUSPENSION INYECTABLE</b></p>	<p>Inmunización activa contra infecciones causadas por los serotipos: 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F y 23F de Streptococcus pneumoniae, incluyendo sepsis, meningitis, neumonía, bacteriemia y otitis media aguda, en niños desde 2 meses hasta 2 años de edad y en niños de 2 a 5 años previamente no vacunados, incluidos en los siguientes grupos de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Niños inmunocompetentes con riesgo de enfermedad neumocócica o sus complicaciones, debido a enfermedades crónicas cardiovasculares, respiratorias, diabetes mellitus, pérdida de líquido cefalo-raquídeo.</li> <li><input type="checkbox"/> Niños inmunocomprometidos con riesgo de enfermedad neumocócica o sus complicaciones debido a esplenía anatómica o funcional (incluyendo pacientes a esplenectomizar), anemia falciforme, Enfermedad de Hodgkin, linfoma, mieloma múltiple, insuficiencia renal crónica, síndrome nefrótico y trasplante de órganos.</li> <li><input type="checkbox"/> Niños con infección por VIH asintomáticos o sintomáticos.</li> <li><input type="checkbox"/> Niños candidatos a la implantación de un implante coclear o portadores de dicho implante.</li> <li><input type="checkbox"/> INDICACION AUTORIZADA POR RESOLUCIÓN 28/11 DE LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL SAS: -Pacientes sometidos a trasplante de progenitores hematopoyéticos.</li> </ul>
<p><b>NEUMOCOCO, POLISACARIDOS CAPSULARES CONJUGADOS, DECAVALENTE</b></p> <p><b>SYNFLORIX 1JERINGA PRECARGADA + 1 AGUJA SUSPENSION INYECTABLE</b></p>	<p>Inmunización activa frente a enfermedad invasora y otitis media aguda causada por los serotipos: 1,4,5,6B,7F,9V,14,18C,19F y 23F de Streptococcus pneumoniae en lactantes y niños desde 6 semanas hasta 2 años de edad, incluidos en los siguientes grupos de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Niños inmunocompetentes con riesgo de enfermedad neumocócica o sus complicaciones, debido a enfermedades crónicas cardiovasculares, respiratorias, diabetes mellitus, pérdida de líquido cefalo-raquídeo.</li> <li><input type="checkbox"/> Niños inmunocomprometidos con riesgo de enfermedad neumocócica o sus complicaciones debido a esplenía anatómica o funcional (incluyendo pacientes a esplenectomizar), anemia falciforme, Enfermedad de Hodgkin, linfoma, mieloma múltiple, insuficiencia renal crónica, síndrome nefrótico y trasplante de órganos.</li> <li><input type="checkbox"/> Niños con infección por VIH asintomáticos o sintomáticos.</li> <li><input type="checkbox"/> Niños candidatos a la implantación de un implante coclear o portadores de dicho implante.</li> <li><input type="checkbox"/> INDICACION AUTORIZADA POR RESOLUCIÓN 28/11 DE LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL SAS: -Pacientes sometidos a trasplante de progenitores hematopoyéticos.</li> </ul>



## ANEXO VI INFORME PARA EL VISADO DE ABSORBENTES

Paciente D/Dª \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_

Duración prevista del tratamiento \_\_\_\_\_

Motivo del informe:     Primera vez que visa     Renovación     Cambio de pauta

**TIPO DE ABSORBENTE INDICADO:** \_\_\_\_\_ **TALLA:** \_\_\_\_\_

MOVILIDAD	ESTADO COGNITIVO	TIPO INCONTINENCIA*	TIPO ABSORBENTE	CAPACIDAD ABSORCION	MEDIDA cm	MARCAR (X)
BUENA	BUENO	Leve	-Rectangular día	600-900 ml		
		Moderada	-Anatómico día: 3/día -Anatómico noche: 1/día	-Anat.-Día ( 600-900 ml) -Anatómico-Noche( 900-1200 ml)		
		Grave	-Anat.-elástico noche: 3/día -Anat.-elástico Supernoche: 1/día	-Anat.-elástico noche: (900-1200ml) -Anat.-elástico supernoche:> 1200ml		
BUENA	MALO	Leve	-Rectangular día	600-900 ml		
		Moderada	-Anatómico día: 3/día -Anatómico noche: 1/día	-Día ( 600-900 ml) -Noche( 900-1200 ml)		
		Grave	-Anat.-elástico noche: 3/día -Anat.-elástico Supernoche: 1/día	-Anat.-elástico noche: (900-1200ml) -Anat.-elástico supernoche:> 1200ml		
MALA	BUENO	Leve	-Rectangular día o Anatómico Día: 1-2/día	-Rect. (600-900 ml) -Anatómico-Día ( 600-900 ml)		
		Moderada	-Anatómico día: 3/día -Anatómico noche: 1/día	-Anatómico-Día ( 600-900 ml) -Anatómico-Noche( 900-1200 ml)		
		Grave	-Anat.-elástico noche: 3/día -Anat.-elástico Supernoche: 1/día	-Anat.-elástico noche: (900-1200ml) -Anat.-elástico supernoche:> 1200ml		
MALA	MALA	Leve	-Anatómico día: 1-2 /día -Anatómico noche: 2 -3 / día	-Anatómico-Día ( 600-900 ml) -Anatómico-Noche( 900-1200 ml)		
		Moderada	-Anatómico día: 1-2 /día -Anatómico-elástico noche 1-2/ día	-Anatómico-Día ( 600-900 ml) - Anat.-elástico noche: (900-1200ml)		
		Grave	-Anat.-elástico noche: 3 /día -Anat.-elástico Supernoche: 1 /día	-Anat.-elástico noche: (900-1200ml) -Anat.-elástico supernoche:> 1200ml		
			-Anat.-elástico Supernoche: 3 /día	-Anat.-elástico supernoche:> 1200ml		

**Normas de prescripción:** No prescribir más de 4 absorbentes /día, excepto en los supernoche que solo se podrán prescribir 3/día. **Pacientes autónomos/as que tras valoración presenten Diagnóstico de Incontinencia Urinaria de esfuerzo o de urgencias:** Se valorara tratamiento conductual y prescripción de absorbentes rectangular/ anatómico día.

TALLA	MEDIDA DE CINTURA	MEDIDA DE CADERAS
UNICA	Se adapta con malla elástica de varias tallas	
PEQUEÑA	50- 80 cm (extra pequeña 40-60 cm)	60- 90 cm
MEDIANA	70- 125 cm	90- 135 cm
GRANDE	100-150 cm	110-150 cm

Médico o Enfermera \_\_\_\_\_ Centro \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Fdo. ....

**Nota importante:** La primera vez que se vise deberá presentar este informe y la Tarjeta Sanitaria. El informe tendrá una validez máxima de **1 año**. En caso de modificar la pauta, deberá presentar **nuevo informe** de su Médico o Enfermera



## INFORME PARA EL VISADO DE TIRAS REACTIVAS

## ANEXO VII

PACIENTE D/D <sup>a</sup>	MARCA	FECHA
CENTRO	PROFESIONAL <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermero/a	SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL
MOTIVO DEL INFORME <input type="checkbox"/> Primera vez que se visa <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Cambio de pauta		

TIPO DE TRATAMIENTO	SIUACIÓN CLÍNICA	PAUTA	Nº MÁXIMO DE TIRAS / MES	MARCAR CON UNA (X)
Modificación de estilos de vida y/o ADO no hipoglucemiantes <sup>(1)</sup>	Control Estable	0	0	<input type="checkbox"/>
	Control Inestable (máx 1 mes)	7 / semana	50 tiras / 2 meses	<input type="checkbox"/>
	Inicio de Tratamiento (máx 1 mes)	7 / semana	50 tiras / 2 meses	<input type="checkbox"/>
ADO hipoglucemiantes (secretagogos) <sup>(2)</sup>	Control Estable	1 - 3 / semana	50 tiras / 4 meses	<input type="checkbox"/>
	Control Inestable (máx 1 mes)	7 / semana	50 tiras / 2 meses	<input type="checkbox"/>
	Inicio de Tratamiento (máx 1 mes)	7 / semana	50 tiras / 2 meses	<input type="checkbox"/>
Insulina basal (con o sin ADO)	Control Estable	1 / día	50 tiras / 2 meses	<input type="checkbox"/>
	Control Inestable (máx 1 mes)	2 - 3 / día	150 tiras / 2 meses	<input type="checkbox"/>
	Inicio de Tratamiento (máx 1 mes)	2 - 3 / día	150 tiras / 2 meses	<input type="checkbox"/>
Insulinas bifásicas	Control Estable	2 / día	50 tiras / mes	<input type="checkbox"/>
	Control Inestable (máx 1 mes)	3 - 4 / día	100 tiras / mes	<input type="checkbox"/>
	Inicio de Tratamiento (máx 1 mes)	3 - 4 / día	100 tiras / mes	<input type="checkbox"/>
Insulinas basal-bolo	Control Estable	3 - 4 / día	100 tiras / mes	<input type="checkbox"/>
	Control Inestable (máx 1 mes)	4 - 7 / día	200 tiras / mes	<input type="checkbox"/>
	Inicio de Tratamiento (máx 1 mes)	4 - 7 / día	200 tiras / mes	<input type="checkbox"/>
Infusores de insulina	Control Estable	4 - 7 / día	200 tiras / mes	<input type="checkbox"/>
	Control Inestable (máx 1 mes)			<input type="checkbox"/>
	Inicio de Tratamiento (máx 1 mes)			<input type="checkbox"/>
Diabetes infanto-juvenil o situaciones intercurrentes de especial complejidad (solo durante el tiempo que dure la situación) **				<input type="checkbox"/>

(1) Metformina, Pioglitazona, Sitagliptina, Vildagliptina, Acarbosa, Miglitol, Exenatida

(2) Glibenclamida, gliclazida, gliclazida, glimepirida, Repaglinida, nateglinida.

\*\* Situaciones intercurrentes de especial complejidad: Cambio de tratamiento, enfermedad intercurrente (pacientes oncológicos, trasplantes, tratamiento con esteroides, etc.), descompensaciones agudas o subagudas, embarazo y planificación del embarazo, actividades de riesgo (laboral, deportiva, etc.)

Distrito Sanitario Almería

Ctra. de Ronda, 226 - 2<sup>a</sup> Planta - 04009 ALMERÍA

Teléfono: 950017000 (717000) Fax: 950017000 (717000)