

MODELO DE INFORME MÉDICO RECOMENDADO POR MUGEJU PARA LA VALIDACIÓN DE RECETAS CON PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA: CHAMPIX (vareniclina) y ZYNTABAC (bupropion)

DATOS DEL MÉDICO PRESCRIPTOR:

NÚMERO DE COLEGIADO		
<input type="text"/>		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS DEL MUTUALISTA:

NÚMERO DE AFILIACIÓN		
<input type="text"/>		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS DE LA PRESCRIPCIÓN:

DIAGNÓSTICO
<input type="text"/>
MEDICAMENTO PRESCRITO
<input type="text"/>
POSOLOGÍA
<input type="text"/>
DURACIÓN DEL TRATAMIENTO
<input type="text"/>

CUMPLIMENTE TODOS LOS APARTADOS SIGUIENTES REFERIDOS AL PACIENTE:

<p>¿Está incluido en un programa de deshabituación tabáquica?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Ha intentado dejar de fumar al menos una vez en el último año?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>Número de cigarrillos que fuma al día</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de 10</p> <p><input type="checkbox"/> 10 o más</p> <p>Puntuación del test de Fagerström</p> <p><input type="checkbox"/> 0-6</p> <p><input type="checkbox"/> ≥7</p>
--

En.....a.....de.....de 20

SELLO Y FIRMA DEL MÉDICO PRESCRIPTOR