Nº Historia Clínica:

NOMBRE Y APELLIDOS

Fecha de Nacimiento: Sexo: Edad:

Teléfono:

CIP de C. Autónoma:

Domicilio:

**MODELO E12 (V2.0)**

PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

Registro de DISPENSACIÓN / ENTREGA AL EQUIPO

/ DEVOLUCIÓN / RECEPCIÓN Y DESTRUCCIÓN

de los medicamentos

**KITS VÍA INTRAVENOSA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Dispensación** | **Devolución** |
|  | **MEDICAMENTOS (\*)** | **Kit 1** | **Kit 2** | **Kit 1** | **Kit 2** |
| 1 | MIDAZOLAM (\_\_\_) mg / (\_\_\_\_) ml Jeringa precargada |  |  |  |  |
| 2 | LIDOCAÍNA 40 mg / 2 ml Jeringa precargada |  |  |  |  |
| MAGNESIO Sulfato 1000mg/10ml Jeringa precargada |  |  |  |  |
| 3 | PROPOFOL 1000 mg / 50 ml Jeringa precargada |  |  |  |  |
| TIOPENTAL 2000 mg / 40 ml Jeringa precargada |  |  |  |  |
| 4 | CISATRACURIO 30 mg / 15 ml Jeringa precargada |  |  |  |  |
| ROCURONIO 150 mg / 15 ml Jeringa precargada |  |  |  |  |
|  | SALINO 0,9% 10 ml Jeringa precargada (salinizar vía)  | **5** | **5** |  |  |
|  | ***(\*) Anular las líneas o tachar las casillas de los medicamentos no prescritos*** | Anotar el número de jeringas precargadas que compone cada Kit, tachando las casillas que no corresponda | Anotar el número de jeringas precargadas devueltas de cada Kit, poniendo un cero cuando sea el caso |

|  |
| --- |
| **Registro de FIRMAS** |
|  | **DISPENSACIÓN** | **DEVOLUCIÓN** |
|  | DISPENSADOS(2 Kits) | RECIBIDOS(2 Kits) | DEVUELTO(según lo marcado en las casillas) | RECIBIDO y DESTRUÍDO(según lo marcado en las casillas) |
| Cargo / Puesto trabajo | Farmacéutico/aSº Farmacia |  |  | FarmacéuticoSº Farmacia |
| Nombre |  |  |  |  |
| Firma |  |  |  |  |
| Fecha  | \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |