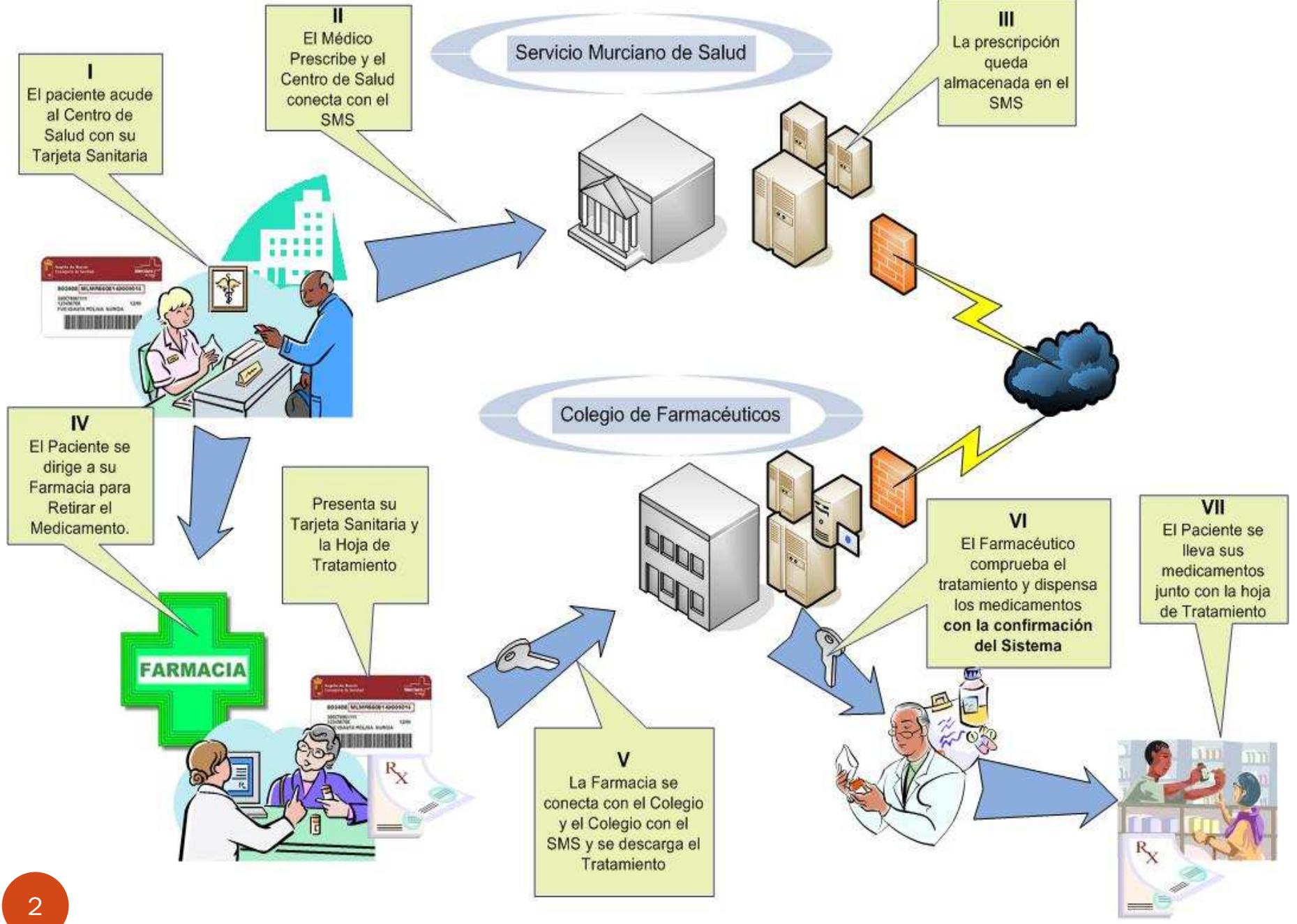


# RECETA ELECTRONICA REGION DE MURCIA

Sep-14 / Feb-15



# REQUISITOS DE LA FARMACIA

- Programa de Gestión
- Internet
- Carnet de Colegiado

???? → Si:

TIENES RECETA  
ELECTRÓNICA

# REQUISITOS TECNICOS DE LA FARMACIA

---

# REQUISITOS TECNICOS EN LA FARMACIA

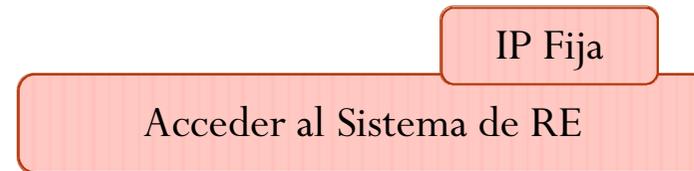
- Elementos **Hardware:**

- Línea de comunicaciones Acceder al Sistema de RE IP Fija - COF
- Lectores de tarjetas de banda magnética / Scanner Leer CIP paciente / hoja de tratamiento
- Lectores de tarjeta-chip criptográfica Carnet de Colegiado
- Impresora normal DIN-A4 Hoja Justificante Dispensación

- Elementos **Software:**

- Programa de Gestión adaptado a la e-receta Farmatic, NixFarma, Unycop,...
- Certificado de conexión segura para la farmacia COF
- Certificado digital en soporte criptográfico para la firma de las recetas COF

# REQUISITOS TECNICOS EN LA FARMACIA



- **Línea de comunicaciones:**
  - Línea convencional ADSL de un mínimo de 3 Mbs
  - La conexión a los sistemas se realiza de modo seguro empleando protocolo **https sobre SSL/TLS** empleando **Ipsec (datos cifrados)**

# REQUISITOS TECNICOS EN LA FARMACIA

Carnet de Colegiado

- **Lectores de tarjeta chip-criptográfica:**
  - El colegio ha facilitado un lector de tarjetas junto con cada carnet colegial → Incorpora la **firma digital del colegiado**
  - El certificado esta expedido según la ley de firma electrónica con una **durabilidad de 3 años**. Teniendo que renovarlo en el momento de la expiración
  - Es responsabilidad del farmacéutico el buen uso del certificado y la comunicación en caso de perdida o robo al personal de colegio para que proceda a su revocación

# REQUISITOS TECNICOS EN LA FARMACIA

COF

- **Certificado de Conexión de Oficina de Farmacia:**
  - Proporcionado por el Colegio
  - **Caducidad de dos años**
  - Permite la comunicación segura
  - Instalación en cada uno de los equipos que acceda al sistema

# RECETA ELECTRÓNICA EN LA REGIÓN DE MURCIA

---

## PROCEDIMIENTOS ESPECIFICOS DE LA FARMACIA

## Prescripción – Dispensación – Facturación

### Médico – Paciente – Farmacéutico

- Médico → Herramienta habitual de trabajo
- Prescripción electrónica → Almacenada en los servidores
- Paciente → Recibe una **Hoja de tratamiento** (papel)
- Farmacia → Hoja de tratamiento necesaria para la **dispensación**

# HOJA DE TRATAMIENTO

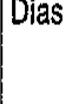
- Tiene las llaves para acceder al sistema:
  - CIP del paciente
  - Numero de orden

| HOJA DE TRATAMIENTO   |          |   |      |           |         |       |                          |  |      |         |                     |                |
|---|----------|---|------|-----------|---------|-------|--------------------------|--|------|---------|---------------------|----------------|
| Fecha:  |          | 15/04/2014  |      |           |         |       |                          | <b>Número de Orden:</b><br><b>8885</b> |      |         |                     |                |
| <b>Datos del Paciente</b><br>Sr/a:<br>Fecha nacimiento: 1/04/1958      TSE: TSI 004<br>CIP:    |          |   |      |           |         |       |                          |  |      |         |                     |                |
| <b>Datos del Médico</b><br>Médico:<br>CIAS:<br>N° Colegiado:  |          |   |      |           |         |       |                          |  |      |         |                     |                |
| Datos del Tratamiento   |          |   |      |           |         |       |                          |  |      |         |                     |                |
| Fecha Prescrip.   | Producto |   |      | Posología |         |       | Indicaciones al paciente |  |      |         | Durac. Tratam. Dias | Fecha Revisión |
|   | Código   | Denominación  | Tipo | Cant.     | Periodo | Int.  | Desayuno                 | Comida                                 | Cena | Acostar |                     |                |
| 15/04/14  | P33179   | ALEDRONICO ACIDO 70MG 4 COMPRIMIDOS -<br>PVP: 12,49€ Aportación: 6,25€ (*)                                    | C    | 1.00      | 168     | Horas | 1                        | 0                                      | 0    | 0       | 335~                | 15/03/14       |
| 15/04/14  | P32641   | RAMIPRIL 5MG 28 COMPRIMIDOS -<br>PVP: 4,84€ Aportación: 0,48€ (*)   | C    | 1.00      | 24      | Horas | 1                        | 0                                      | 0    | 0       | 335                 | 15/03/14       |
| 15/04/14  | P30497   | CALCIO CARBONATO/COLECALCIFEROL 2500MG/880UI 30 COMPRIMIDOS EFERVESCENTES<br>PVP: 7,93€ Aportación: 3,97€ (*) | C    | 1.00      | 24      | Horas | 0                        | 1                                      | 0    | 0       | 335                 | 15/03/14       |
| Para recoger los medicamentos debe acudir a cualquier oficina de farmacia del municipio de Santomera y Beniel y presentar su tarjeta sanitaria individual en un plazo de 10 días desde la fecha de prescripción.<br>Esta hoja de tratamiento tiene validez hasta la fecha fijada en la misma o finalización del tratamiento con todos los medicamentos en ella contenidos o hasta la emisión de nueva hoja de tratamiento que la sustituya.<br>En caso de pérdida o deterioro solicite una copia en su Centro de Salud.<br>(*) El PVP del medicamento y la aportación que debe realizar se ofrecen a título informativo y son las cantidades actualizadas en la fecha que se prescribió su medicación. Pueden sufrir modificaciones a lo largo de su tratamiento debido a cambios en el precio de los medicamentos o en la normativa aplicable en cuanto a la aportación. |          |   |      |           |         |       |                          |  |      |         |                     |                |

# HOJA DE TRATAMIENTO (I)

| HOJA DE TRATAMIENTO  |  |
|--|--|
| Fecha: 15/04/2014  | <b>Número de Orden:</b><br><b>8885</b><br>Número necesario para la dispensación                      |
| <b>Datos del Paciente</b>  |  |
| Sr/a:  |  |
| Fecha nacimiento: 1/04/1958  | TSI: TSI 004   |
| <b>CIP:</b>  | <br>0000000088855 |
|  |  |
| <b>Datos del Médico</b>  |  |
| Médico:  |  |
| CIAS:  |  |
| Nº Colegiado:  |  |

# HOJA DE TRATAMIENTO (II)

| Datos del Tratamiento |          |   |      |           |         |       |   |   |   |   |   |                |  |
|-----------------------|----------|---|------|-----------|---------|-------|---|---|---|---|---|----------------|--|
| Fecha Prescrip.       | Producto |   |      | Posología |         |       | Indicaciones al paciente  |   |   |   | Durac. Tratam. Días   | Fecha Revisión |  |
|                       | Código   | Denominación  | Tipo | Cant.     | Período | Int.  | Desayuno  | Comida  | Cena  | Acostar   |   |                |  |
|                       |          |   |      |           |         |       |  |  |  |  |  |                |  |
| 15/04/14              | P33179   | ALENDRONICO ACIDO 70MG 4 COMPRIMIDOS -<br>PVP: 12,49€ Aportación: 6,25€ (*)                                   | C    | 1.00      | 168     | Horas | 1   | 0   | 0   | 0   | 335   | 15/03/14       |  |
| 15/04/14              | P32641   | RAMIPRIL 5MG 28 COMPRIMIDOS -<br>PVP: 4,84€ Aportación: 0,48€ (*)   | C    | 1.00      | 24      | Horas | 1   | 0   | 0   | 0   | 335   | 15/03/14       |  |
| 15/04/14              | P30497   | CALCIO CARBONATO/COLECALCIFEROL 2500MG/880UI 30 COMPRIMIDOS EFERVESCENTES<br>PVP: 7,93€ Aportación: 3,97€ (*) | C    | 1.00      | 24      | Horas | 0   | 1   | 0   | 0   | 335   | 15/03/14       |  |

## HOJA DE TRATAMIENTO (III)

- Para recoger los medicamentos debe acudir a cualquier oficina de farmacia de **su municipio** y presentar su tarjeta sanitaria individual en un plazo de 10 días desde la fecha de prescripción.
- Esta hoja de tratamiento tiene validez hasta la fecha fijada en la misma o finalización del tratamiento con todos los medicamentos en ella contenidos o hasta la emisión de nueva hoja de tratamiento que la sustituya.
- En caso de pérdida o deterioro solicite una copia en su Centro de Salud.
- (\*) El PVP del medicamento y la aportación que debe realizar se ofrecen a título informativo y son las cantidades actualizadas en la fecha que se prescribió su medicación. Pueden sufrir modificaciones a lo largo de su tratamiento debido a cambios en el precio de los medicamentos o en la normativa aplicable en cuanto a aportación.

# FARMACÉUTICO - DISPENSACION

- Se **conecta al sistema** de receta electrónica
- **Datos necesarios**
  - **CIP del paciente**
    - Hoja de tratamiento
    - Banda magnética de la tarjeta sanitaria del paciente
  - **Numero** de la **Hoja de tratamiento**

CIP  HOJA TRATAMIENTO

CIP   
CIPA   
DNI

PRESCRIPCIONES PENDIENTES (Farmatic)/  
PRESCRIPCIONES DISPENSABLES (Nixfarma)/  
DISPENSACIONES PENDIENTES (Unycop)

- **Seleccionar el medicamento** a dispensar
  - Prescripción por **Principio Activo**
  - Prescripción por **Denominación Comercial** (Marca/EFG)
    - **Dispensar el prescrito**
    - **Sustituir (motivo)**
- **Cotejo** forzoso entre los envases escogidos en la cajonera y los medicamentos seleccionados en el módulo de receta electrónica → Evitar que no se produzcan errores
- Imprime un folio con el acto de dispensación:  
**JUSTIFICANTE DE LA DISPENSACIÓN**  
(hoja cupones precinto)

# JUSTIFICANTE DE LA DISPENSACIÓN

- Hasta 12 cupones precinto
- En cada casillero se pega el cupón precinto correspondiente



Región de Murcia  
Consejería de Sanidad y Política Social



FARMACIA HOSPITALARIA  
HOSPITAL REGIONAL DE MURCIA



Servicio  
**Murciano**  
de Salud

**SMS: HOJA JUSTIFICANTE DISPENSACIONES RECETA ELECTRONICA**

Identificador del Justificante: TSI 003



65761404000115

FARMACIA: 0570 MES: 4 AÑO: 2014 N°HOJA: 1

Paciente: CIP: Hoja Trat.: 8944

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <p>657684 ALOPURINOL<br/>CINFA 300 MG 30<br/>COMPR EFG</p> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p>• A.S.S.S. - TLD<br/>LABORATORIOS CINFA, S.A.<br/>alopurinol cinfa 300 mg<br/>30 comprimidos EFG</p>  <p>8 470006 578847</p> </div>                                      | <p>659590 OMEPRAZOL<br/>RATIO 20 MG 28 CAPS<br/>GASTRO EFG</p> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p>• A.S.S.S.<br/>ratipharm terapia, S.A.<br/>omeprazol ratio 20 mg<br/>28 cápsulas duras gastroresistentes EFG<br/>C.N. 659590</p>  <p>8 470006 595909</p> </div> | <p>841288 ADIRO 100 MG<br/>30 COMPR<br/>GASTRORRESIS EFG</p> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p>• A.S.S.S. - TLD<br/>Bayer Hispania, S.L.<br/>Adiro 100 mg EFG, 30 compr.<br/>C.N. 841288</p>  <p>8 470008 412884</p> </div> | <p>656367 METFORMINA<br/>CINFA 850 MG 50<br/>COMPR EFG</p> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p>• A.S.S.S.<br/>LABORATORIOS CINFA, S.A.<br/>metformina cinfa 850 mg<br/>50 comprimidos recubiertos con película EFG<br/>C.N. 656367</p>  <p>8 470006 563670</p> </div> |
| <p>656367 METFORMINA<br/>CINFA 850 MG 50<br/>COMPR EFG</p> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p>• A.S.S.S.<br/>LABORATORIOS CINFA, S.A.<br/>metformina cinfa 850 mg<br/>50 comprimidos recubiertos con película EFG<br/>C.N. 656367</p>  <p>8 470006 563670</p> </div> |   |  |  |
|  |   |  |  |

# JUSTIFICANTE DE LA DISPENSACIÓN



Región de Murcia  
Consejería de Sanidad y Política Social



SMS: HOJA JUSTIFICANTE DISPENSACIONES RECETA ELECTRONICA

Identificador del Justificante:



**FARMACIA** 0570 MES: 4 AÑO: 2014 N°HOJA: 1

Paciente:

CIP:

Hoja Trat.: 8944



# JUSTIFICANTE DE LA DISPENSACIÓN

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <p>657684 ALOPURINOL<br/>CINFA 300 MG 30<br/>COMPR EFG</p> <p>● A. S. S. S. - TLD<br/>LABORATORIOS CINFA, S.A.<br/>alopurinol cinfa 300 mg<br/>30 comprimidos EFG<br/>C.N. 657684</p>  <p>8 470006 576847</p>                      | <p>659590 OMEPRAZOL<br/>RATIO 20 MG 28 CAPS<br/>GASTRO EFG</p> <p>A.S.S.S.<br/>ratiopharm España, S.A.<br/>Omeprazol ratio 20 mg<br/>28 cápsulas duras gastroresistentes EFG<br/>C.N. 659590</p>  <p>8 470006 595909</p> | <p>841288 ADIRO 100 MG<br/>30 COMPR<br/>GASTRORRESIS EFG</p> <p>A.S.S.S. - TLD<br/>Bayer Hispania, S.L.<br/>Adiro 100 mg EFG, 30 compr.<br/>C.N. 841288</p>  <p>8 470008 412884</p> | <p>656367 METFORMINA<br/>CINFA 850 MG 50<br/>COMPR EFG</p> <p>● A. S. S. S.<br/>LABORATORIOS CINFA, S.A.<br/>metformina cinfa 850 mg<br/>50 comprimidos recubiertos con película EFG<br/>C.N. 656367</p>  <p>8 470006 563670</p> |
|   |  |  |   |
| <p>656367 METFORMINA<br/>CINFA 850 MG 50<br/>COMPR EFG</p> <p>● A. S. S. S.<br/>LABORATORIOS CINFA, S.A.<br/>metformina cinfa 850 mg<br/>50 comprimidos recubiertos con película EFG<br/>C.N. 656367</p>  <p>8 470006 563670</p> |  |  |   |

# OFICINA DE FARMACIA

- Se conecta al sistema
- Datos necesarios para acceder:
  - **CIP del paciente**
  - **Número hoja de tratamiento**
- Visualiza el **tratamiento**
- Escoge los **medicamentos a dispensar**
- **Cotejo** de los medicamentos escogidos con el sistema
- Impresión de la **hoja justificante de dispensaciones**  
(cupones precinto – transitorio/procedimiento asimilado)
- (**Firmar** las recetas → **Facturar**)

# PROCESOS ESPECIFICOS DE LA OF

---

- Prescripciones pendientes / Prescripciones dispensables / Dispensaciones pendientes
- Cotejo
- Impresión de la hoja justificante de dispensación (hoja de cupones precinto)
- Firmar dispensaciones
- Facturación

# PROCESOS ESPECIFICOS DE LA OF

- **ACCESO a las Prescripciones DISPENSABLES**
  - Se visualizan todas las prescripciones **dispensables** que tiene ese paciente dentro del tratamiento completo que haya prescrito el medico en esa hoja de tratamiento
  - **Prescripción**
    - Principio Activo
    - Denominación Comercial (EFG/Marca) – Sustituciones (motivo)
  - Medicamentos **PSICOTROPOS / ESTUPEFACIENTES**
    - **DNI de la persona que retira medicamento** en el momento de la transacción electrónica
  - Medicamentos con **VISADO**
    - Visado electrónico por parte de la inspección (en proceso)

# Datos del Tratamiento

| Fecha Prescrip. | Producto |  |      | Posología |         |       | Indicaciones al paciente |        |      |         | Durac. Tratam. Días | Fecha Revisión |
|-----------------|----------|--|------|-----------|---------|-------|--------------------------|--------|------|---------|---------------------|----------------|
|                 | Código   | Denominación   | Tipo | Cant.     | Período | Int.  | Desayuno                 | Comida | Cena | Acostar |                     |                |
| 15/10/14        | P33424   | VENLAFAXINA 75MG 30 CAPSULAS LIBERACION MODIFICADA -<br>PVP: 9,60€ Aportación: 0,96€ (*) | C    | 1.00      | 24      | Horas | 1                        | 0      | 0    | 0       | 295                 | 5/08/15        |
| 15/10/14        | P30038   | ACIDO ACETILSALICILICO 150MG 28 CAPSULAS<br>PVP: 2,50€ Aportación: 0,25€ (*)             | C    | 1.00      | 24      | Horas | 0                        | 1      | 0    | 0       | 295                 | 5/08/15        |
| 15/10/14        | P33466   | ROSUVASTATINA 20MG 28 COMPRIMIDOS<br>PVP: 38,92€ Aportación: 3,89€ (*)                   | A    | 1.00      | 24      | Horas | 0                        | 0      | 1    | 0       | 28                  | 11/11/14       |
| 15/10/14        | 885186   | TRANKIMAZIN 0,5MG 30 COMPRIMIDOS -<br>PVP: 2,11€ Aportación: 0,21€ (*)                   | C    | 0.50      | 12      | Horas | 1/2                      | 0      | 0    | 1/2     | 295                 | 5/08/15        |
| 15/10/14        | P30745   | CITICOLINA 1000MG 10 SOBRES<br>PVP: 16,20€ Aportación: 1,62€ (*)                         | C    | 1.00      | 24      | Horas | 0                        | 1      | 0    | 0       | 295                 | 5/08/15        |
| 15/10/14        | P33320   | OMEPRAZOL 20MG 28 CAPSULAS -<br>PVP: 2,42€ Aportación: 0,24€ (*)                         | C    | 1.00      | 24      | Horas | 1                        | 0      | 0    | 0       | 295                 | 5/08/15        |

# PROCESOS ESPECIFICOS DE LA OF

- **IMPRESIÓN de la HOJA JUSTIFICANTE DE DISPENSACION (hoja de cupones precinto)**
  - Como paso final en la dispensación se imprime la hoja con todos los medicamentos que se hayan dispensado
  - La hoja contiene:
    - Codificación por farmacia y con un numero de orden diario
    - Hasta 12 casilleros para 12 cupones precinto:
      - Nombre del medicamento dispensado
      - Código de barras
  - Dichas hojas se tendrán que guardar y entregar al COF para que sirvan como justificante de la dispensación
    - Cajas de facturación específicas
  - Transitorio → Procedimiento asimilado

# PROCESOS ESPECIFICOS DE LA OF

- **FIRMA de la dispensación**
  - Al igual que en el formato tradicional en papel, la receta se debe firmar
  - Se incorpora la **firma digital** del farmacéutico a la transacción
  - Se podrá realizar la firma en el **mismo momento de la dispensación** o bien realizarlo en un **proceso posterior** de forma **individual o de manera agrupada**
    - Por ejemplo: Podemos firmar al final del día o al final de la semana
  - En el momento que se **firma la receta**, ésta queda **PREPARADA PARA SER FACTURADA en el mes en curso**

# PROCESOS ESPECIFICOS DE LA OF

- **FACTURACIÓN**

- Proceso totalmente **automático en el Colegio**
- El **ultimo día del mes**, el módulo de receta electrónica procesa **todas las dispensaciones FIRMADAS electrónicamente** y las incorpora a un fichero, el cual se incluye dentro del proceso mensual de facturación

*“Cuidado”: la recogida de las cajas es antes o el último día del mes — podemos tener más recetas en el fichero que hojas justificantes de dispensación en las cajas*

- Programa Facturar: grupos **401** (general) y **411** (indicencias)

# PROCESOS ADICIONALES DE LA OF

---

- Deshacer/ Anular una dispensación
- Anulación cautelar del tratamiento / Bloquear una prescripción
- Tratamiento del paciente: todas las prescripciones de esa hoja de tratamiento dispensables o no
- Histórico de dispensaciones realizadas
- Mensajes Médico/ Farmacéutico
- Re-impresión de la hoja de tratamiento

# PROCESOS ADICIONALES DE LA OF

- **Deshacer DISPENSACIONES**
  - Una vez realizada una dispensación y **si esta no ha sido firmada digitalmente**, se dispone de un periodo de **72 horas para anular dicha dispensación**
- **ANULACION CAUTELAR del TRATAMIENTO**
  - Se permite por parte del farmacéutico realizar una anulación cautelar de un tratamiento por las causas que considere oportunas
  - El médico podrá confirmar dicha anulación o volver a activar el tratamiento

# PROCESOS ADICIONALES DE LA OF

- **TRATAMIENTO del paciente**
  - Visualizar todas las prescripciones de esa hoja de tratamiento dispensables o no
- **Histórico de DISPENSACIONES REALIZADAS**
  - Permite la consulta de lo dispensado a ese paciente
- **COMUNICACIONES Médico-Farmacia**
  - Mensajes electrónicos
- **RE-IMPRESION de la HOJA DE TRATAMIENTO**
  - Reimpresión de la hoja del tratamiento (deterioro, rotura,...)

# PARTICULARIDADES / INCIDENCIAS

---

# TIPOS DE TRATAMIENTO - PLAZOS

| Tipo             | “Hoja de tratamiento” | Periodo      | Medicación                   |
|------------------|-----------------------|--------------|------------------------------|
| <b>AGUDO</b>     | A                     | Máx 90 días  | Todos los días               |
| <b>CRONICO</b>   | C                     | Máx 365 días | Todos los días               |
| <b>A DEMANDA</b> | D                     | Máx 365 días | Menos envases que un crónico |

- Renovación automática del tratamiento hasta la fecha de fin de tratamiento por lo que el paciente no tendrá que volver al centro de salud para su renovación
- Disponibilidad de los medicamentos para su retirada en la farmacia, diez días antes (actualmente cinco) y hasta noventa días después de la fecha prevista de dispensación

| Fecha Prescrip. | Producto |  |      | Posología |         |       | Indicaciones al paciente  |   |   |  | Durac. Tratam. Días | Fecha Revisión |
|-----------------|----------|--|------|-----------|---------|-------|---|---|---|--|---------------------|----------------|
|                 | Código   | Denominación   | Tipo | Cant.     | Período | Int.  | Desayuno<br> | Comida<br> | Cena<br> | Acostar<br> |                     |                |
| 15/10/14        | P33424   | VENLAFAXINA 75MG 30 CAPSULAS LIBERACION MODIFICADA -<br>PVP: 9,60€ Aportación: 0,96€ ( | C    | 1.00      | 24      | Horas | 1   | 0   | 0   | 0  | 295                 | 5/08/15        |
| 15/10/14        | P30038   | ACIDO ACETILSALICILICO 150MG 28 CAPSULAS<br>PVP: 2,50€ Aportación: 0,25€ (             | C    | 1.00      | 24      | Horas | 0   | 1   | 0   | 0  | 295                 | 5/08/15        |
| 15/10/14        | P33466   | ROSUVASTATINA 20MG 28 COMPRIMIDOS<br>PVP: 38,92€ Aportación: 3,89€ (                   | A    | 1.00      | 24      | Horas | 0   | 0   | 1   | 0  | 28                  | 11/11/14       |
| 15/10/14        | 885186   | TRANKIMAZIN 0,5MG 30 COMPRIMIDOS -<br>PVP: 2,11€ Aportación: 0,21€ (                   | C    | 0.50      | 12      | Horas | 1/2   | 0   | 0   | 1/2  | 295                 | 5/08/15        |
| 15/10/14        | P30745   | CITICOLINA 1000MG 10 SOBRES<br>PVP: 16,20€ Aportación: 1,62€ (                         | C    | 1.00      | 24      | Horas | 0   | 1   | 0   | 0  | 295                 | 5/08/15        |
| 15/10/14        | P33320   | OMEPRAZOL 20MG 28 CAPSULAS -<br>PVP: 2,42€ Aportación: 0,24€ (                         | C    | 1.00      | 24      | Horas | 1   | 0   | 0   | 0  | 295                 | 5/08/15        |

| Datos del Tratamiento |          |  |      |           |         |       |   |   |   |   |                     |               |
|-----------------------|----------|--|------|-----------|---------|-------|---|---|---|---|---------------------|---------------|
| Fecha Prescrip.       | Producto |  |      | Posología |         |       | Indicaciones al paciente  |   |   |   | Durac. Tratam. Dias | Fecha Revisió |
|                       | Código   | Denominación   | Tipo | Cant.     | Período | Int.  | Desayuno  | Comida  | Cena  | Acostar   |                     |               |
|                       |          |  |      |           |         |       |  |  |  |  |                     |               |
| 30/10/14              | 654187   | ADRENALINA LEVEL 1MG/ML SOLUCION INYECTABLE JERINGA PRECARGADA -<br>PVP: 4,48€ Aportación: 1,79€ (*) | D    | 1.00      | 24      | Horas | 1   | 0   | 0   | 0   | 365                 | 29/10/1       |
| 31/10/14              | 656581   | MICARDIS PLUS 80/12,5MG 28 COMPRIMIDOS -<br>PVP: 19,36€ Aportación: 7,74€ (*)                        | C    | 1.00      | 24      | Horas | 1   | 0   | 0   | 0   | 365                 | 30/10/1       |
| 31/10/14              | P33394   | SIMVASTATINA 40MG 28 COMPRIMIDOS -<br>PVP: 2,17€ Aportación: 0,87€ (*)                               | A    | 1.00      | 24      | Horas | 0   | 0   | 1   | 0   | 90                  | 28/01/1       |
| 31/10/14              | 663682   | SECALIP SUPRA 160MG 30 COMPRIMIDOS RECUB PELICULA -<br>PVP: 5,46€ Aportación: 2,18€ (*)              | A    | 1.00      | 24      | Horas | 0   | 0   | 1   | 0   | 90                  | 28/01/1       |

# PLAZOS

- Cada medicamento de la hoja de tratamiento se tratará de forma independiente al resto
- **PRIMERA dispensación:**
  - El paciente dispone de *10 días desde la fecha de prescripción* para retirar la medicación de la oficina de farmacia
  - El medicamento de la hoja de tratamiento que no se retire dentro del plazo de 10 días desde la fecha de prescripción, se anulará, es decir, desaparecerá del sistema

# PLAZOS

- **FUTURAS dispensaciones:**
  - Irán en función de la dosis prescrita y el tamaño de los envases
  - El programa de receta electrónica informará de las futuras fechas de dispensación
  - El plazo de validez para retirar futuras dispensaciones será de: *10 días antes (actualmente 5) y hasta 90 días después de la fecha de futura dispensación*
  - Pasados esos 90 días, si el paciente no ha retirado el medicamento, el sistema lo anulará y no aparecerá más

**Cada medicamento de la hoja de tratamiento se tratará de forma independiente al resto**

# PLAZOS

- **Si no se ha retirado un medicamento dentro de los plazos de validez:**
  - 10 días para la primera dispensación y hasta 90 días para futuras dispensaciones, **el sistema lo anulará**, por lo que ese medicamento desaparece del sistema y no estará disponible en futuras dispensaciones de esa hoja de tratamiento
  - Si el paciente quiere ese medicamento, deberá **volver al médico** para que le emita una **nueva “hoja de tratamiento”** (nuevo número de hoja)
  - La **nueva “hoja de tratamiento”** puede contener:
    - Sólo ese medicamento,
    - o bien, ese medicamento más todos los de otra “hoja de tratamiento” → en este caso, la otra “hoja de tratamiento” pasará a ser **inactiva**

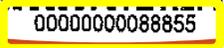
Varios intervinientes:

¿Dónde está el  
problema?

- Problemas con la **línea de comunicaciones**
  - Cada **proveedor de comunicaciones**
- Problemas con el **programa de Gestión**
  - Cada **proveedor del programa**
- Problemas en la **dispensación**
  - Problemas con la firma o certificados → **COF**
  - Errores en el listado de medicamentos dispensables → **COF**  
junto con el SMS

# HOJAS DE TRATAMIENTO

- Caducada
- Nueva
- Datos incorrectos (CIP erróneo, dígito de control del número de orden)

| HOJA DE TRATAMIENTO  |  |
|--|--|
| Fecha: 15/04/2014  | <b>Número de Orden:</b><br><b>8885</b><br>Número necesario para la dispensación                        |
| <b>Datos del Paciente</b>  |  |
| Sr/a:  |  |
| Fecha nacimiento: 1/04/1958  | TSI: TSI 004   |
| <b>CIP:</b>  |                    |
|  | <br>0000000088855 |
| <b>Datos del Médico</b>  |  |
| Médico:  |  |
| CIAS:  |  |
| Nº Colegiado:  |  |

# Caducada a día 13/11/14

| Datos del Tratamiento               |          |                                    |      |           |         |       |                          |        |      |         |                       |                |
|-------------------------------------|----------|------------------------------------|------|-----------|---------|-------|--------------------------|--------|------|---------|-----------------------|----------------|
| Fecha Prescrip.                     | Producto |                                    |      | Posología |         |       | Indicaciones al paciente |        |      |         | Durac. Tratam. (Días) | Fecha Revisión |
|                                     | Código   | Denominación                       | Tipo | Cant.     | Periodo | Int.  | Desayuno                 | Comida | Cena | Acostar |                       |                |
| 5/05/14                             | 815217   | CONDROSULF 400MG-60 CAPSULAS DURAS | A    | 1.00      | 12      | Horas | 1                        | 0      | 1    | 0       | 7                     | 12/05/14       |
| PVP: 19,37€ - Aportación: 7,75€ (*) |          |                                    |      |           |         |       |                          |        |      |         |                       |                |

| Fecha de Prescripción | Duración Tratamiento (días) | Fecha de Revisión |
|-----------------------|-----------------------------|-------------------|
| 06/05/2014            | 7                           | 12/05/2014        |

# Hoja antigua-nueva

**HOJA DE TRATAMIENTO**

Fecha: 30/10/2014

**Número de Orden:**  
**67938**

Número necesario para la dispensación

**Datos del Paciente**

Sr/a: [Redacted]  
 Fecha nacimiento: 9/02/1955 TSI: TSI 003  
 CIP: [Redacted]



  
00000000679381

**Datos del Médico**

Médico: [Redacted]  
 CIAS: [Redacted]  
 Nº Colegiado: [Redacted]

**Datos del Tratamiento**

| Fecha Prescrip. | Producto |  |      | Posología |         |       | Indicaciones al paciente  |   |   |  | Durac. Tratam<br>Días | Fe<br>Re |
|-----------------|----------|--|------|-----------|---------|-------|---|---|---|--|-----------------------|----------|
|                 | Código   | Denominación   | Tipo | Cant.     | Período | Int.  | Desayuno<br> | Comida<br> | Cena<br> | Acostar<br> |                       |          |
| 30/10/14        | 654187   | ADRENALINA LEVEL 1MG/ML SOLUCION INYECTABLE JERINGA PRECARGADA -<br>PVP: 4,48€ Aportación: 1,79€ (*) | D    | 1.00      | 24      | Horas | 1   | 0   | 0   | 0  | 365                   |          |

# NUEVA: La hoja 68589 sustituye a la 67938

**HOJA DE TRATAMIENTO**

Fecha: 30/10/2014

**Número de Orden:**  
**68589**

Número necesario para la dispensación

---

**Datos del Paciente**

Sr/a: [Redacted]  
 Fecha nacimiento: 9/02/1955      TSI: TSI 003  
 CIP: [Redacted]




0000000685894

---

**Datos del Médico**

Médico: [Redacted]  
 CIAS: [Redacted]  
 Nº Colegiado: [Redacted]

---

**Datos del Tratamiento**

| Fecha Prescrip. | Producto |  |      | Posología |         |       | Indicaciones al paciente |        |      |         | Durac. Tratam. Dias | Fecha Revisió |
|-----------------|----------|--|------|-----------|---------|-------|--------------------------|--------|------|---------|---------------------|---------------|
|                 | Código   | Denominación   | Tipo | Cant.     | Período | Int.  | Desayuno                 | Comida | Cena | Acostar |                     |               |
| 30/10/14        | 654187   | ADRENALINA LEVEL 1MG/ML SOLUCION INYECTABLE JERINGA PRECARGADA -<br>PVP: 4,48€ Aportación: 1,79€ (*) | D    | 1.00      | 24      | Horas | 1                        | 0      | 0    | 0       | 365                 | 29/10/1       |
| 31/10/14        | 656581   | MICARDIS PLUS 80/12,5MG 28 COMPRIMIDOS -<br>PVP: 19,36€ Aportación: 7,74€ (*)                        | C    | 1.00      | 24      | Horas | 1                        | 0      | 0    | 0       | 365                 | 30/10/1       |
| 31/10/14        | P33394   | SIMVASTATINA 40MG 28 COMPRIMIDOS -<br>PVP: 2,17€ Aportación: 0,87€ (*)                               | A    | 1.00      | 24      | Horas | 0                        | 0      | 1    | 0       | 90                  | 28/01/1       |
| 31/10/14        | 663682   | SECALIP SUPRA 160MG 30 COMPRIMIDOS RECUB PELICULA -<br>PVP: 5,46€ Aportación: 2,18€ (*)              | A    | 1.00      | 24      | Horas | 0                        | 0      | 1    | 0       | 90                  | 28/01/1       |

# Duración tratamiento

- Fechas de renovación / revisión del tratamiento (fecha de fin del tratamiento)

| Datos del Tratamiento |          |   |      |           |         |       |                          |        |      |         |                     |                |
|-----------------------|----------|---|------|-----------|---------|-------|--------------------------|--------|------|---------|---------------------|----------------|
| Fecha Prescrip.       | Producto |   |      | Posología |         |       | Indicaciones al paciente |        |      |         | Durac. Tratam. Días | Fecha Revisión |
|                       | Código   | Denominación  | Tipo | Cant.     | Período | Int.  | Desayuno                 | Comida | Cena | Acostar |                     |                |
| 15/04/14              | P33179   | ALENDRONICO ACIDO 70MG 4 COMPRIMIDOS -<br>PVP: 12,49€ Aportación: 6,25€ (*)                                   | C    | 1.00      | 168     | Horas | 1                        | 0      | 0    | 0       | 335                 | 15/03/14       |
| 15/04/14              | P32641   | RAMIPRIL 5MG 28 COMPRIMIDOS -<br>PVP: 4,84€ Aportación: 0,48€ (*)   | C    | 1.00      | 24      | Horas | 1                        | 0      | 0    | 0       | 335                 | 15/03/14       |
| 15/04/14              | P30497   | CALCIO CARBONATO/COLECALCIFEROL 2500MG/880UI 30 COMPRIMIDOS EFERVESCENTES<br>PVP: 7,93€ Aportación: 3,97€ (*) | C    | 1.00      | 24      | Horas | 0                        | 1      | 0    | 0       | 335                 | 15/03/14       |

# Duración tratamiento

- Duración tratamiento:

| Datos del Tratamiento               |          |                                    |      |           |         |       |                          |      |        |         |                       |                |
|-------------------------------------|----------|------------------------------------|------|-----------|---------|-------|--------------------------|------|--------|---------|-----------------------|----------------|
| Fecha Prescrip.                     | Producto |                                    |      | Posología |         |       | Indicaciones al paciente |      |        |         | Durac. Tratam. (Días) | Fecha Revisión |
|                                     | Código   | Denominación                       | Tipo | Cant.     | Periodo | Int.  | Desayuno                 | Cena | Comida | Acostar |                       |                |
| 5/05/14                             | 815217   | CONDROSULF 400MG-60 CAPSULAS DURAS | A    | 1,00      | 12      | Horas | 1                        | 0    | 1      | 0       | 7                     | 12/05/14       |
| PVP: 19,37€ - Aportación: 7,75€ (*) |          |                                    |      |           |         |       |                          |      |        |         |                       |                |

| Fecha de Prescripción         | Tipo | Duración Tratamiento (días) | Envases a dispensar | Fecha de Revisión |
|-------------------------------|------|-----------------------------|---------------------|-------------------|
| 06/05/2014                    | A    | 7                           | 1                   | 12/05/2014        |
| CONDROSULF 400 MG 60 CAPSULAS |      |                             | - 1/12 HORAS        |                   |

# Duración tratamiento

- Cantidad de envases y próximas dispensaciones  
(Medicación suficiente para como mínimo 27 días si el paciente quiere)

| Fecha Prescrip. | Producto |   |      | Posología |         |       | Indicaciones al paciente  |   |   |  | Durac. Tratam. Días | Fecha Revisión |
|-----------------|----------|---|------|-----------|---------|-------|---|---|---|--|---------------------|----------------|
|                 | Código   | Denominación  | Tipo | Cant.     | Período | Int.  | Desayuno<br> | Comida<br> | Cena<br> | Acostar<br> |                     |                |
| 15/10/14        | P33424   | VENLAFAXINA 75MG 30 CAPSULAS<br>LIBERACION MODIFICADA -<br>PVP: 9,60€ Aportación: 0,96€ (*) | C    | 1.00      | 24      | Horas | 1   | 0   | 0   | 0  | 295                 | 5/08/15        |
| 15/10/14        | P30038   | ACIDO ACETILSALICILICO 150MG 28<br>CAPSULAS<br>PVP: 2,50€ Aportación: 0,25€ (*)             | C    | 1.00      | 24      | Horas | 0   | 1   | 0   | 0  | 295                 | 5/08/15        |
| 15/10/14        | P33466   | ROSUVASTATINA 20MG 28 COMPRIMIDOS<br>PVP: 38,92€ Aportación: 3,89€ (*)                      | A    | 1.00      | 24      | Horas | 0   | 0   | 1   | 0  | 28                  | 11/11/14       |
| 15/10/14        | 885186   | TRANKIMAZIN 0,5MG 30 COMPRIMIDOS -<br>PVP: 2,11€ Aportación: 0,21€ (*)                      | C    | 0.50      | 12      | Horas | 1/2   | 0   | 0   | 1/2  | 295                 | 5/08/15        |
| 15/10/14        | P30745   | CITICOLINA 1000MG 10 SOBRES<br>PVP: 16,20€ Aportación: 1,62€ (*)                            | C    | 1.00      | 24      | Horas | 0   | 1   | 0   | 0  | 295                 | 5/08/15        |
| 15/10/14        | P33320   | OMEPRAZOL 20MG 28 CAPSULAS -<br>PVP: 2,42€ Aportación: 0,24€ (*)                            | C    | 1.00      | 24      | Horas | 1   | 0   | 0   | 0  | 295                 | 5/08/15        |

# Duración tratamiento

- Cantidad de envases y próximas dispensaciones  
(Medicación suficiente para como mínimo 27 días si el paciente quiere)

| Medicamento               | Posología       | Envases a dispensar * |
|---------------------------|-----------------|-----------------------|
| Lederfolin 10 comprimidos | 1 cada 24 Horas | 3                     |
| Zamene 10 comprimidos     | 1 cada 24 horas | 3                     |
| Omeprazol 28 capsulas     | 1 cada 24 horas | 1                     |
| Frosinor 56 comprimidos   | 1 cada 12 horas | 1                     |
| Dolocatil 40 comprimidos  | 1 cada 8 horas  | 3                     |

# Posologías especiales

| Datos del Tratamiento |          |   |      |           |         |       |                          |        |      |         |                     |                |
|-----------------------|----------|---|------|-----------|---------|-------|--------------------------|--------|------|---------|---------------------|----------------|
| Fecha Prescrip.       | Producto |   |      | Posología |         |       | Indicaciones al paciente |        |      |         | Durac. Tratam. Dias | Fecha Revisión |
|                       | Código   | Denominación  | Tipo | Cant.     | Periodo | Int.  | Desayuno                 | Comida | Cena | Acostar |                     |                |
| 3/11/14               | 661145   | HUMALOG KWIKPEN 100U/ML 5 PLUMAS 3ML SOLUC INYECTA -<br>PVP: 46,97€ Aportación: 4,26€ (*) | C    | 0.20      | 24      | Horas | 6                        | 6      | 6    | 0       | 152                 | 3/04/15        |
| 3/11/14               | 656076   | LANTUS 100 UNIDAD/ML SOLOSTAR 5 PLUMAS 3ML SOL INY -<br>PVP: 76,95€ Aportación: 4,26€ (*) | C    | 0.20      | 24      | Horas | 40                       | 0      | 0    | 0       | 152                 | 3/04/15        |

|                 | Posología REAL        |               |
|-----------------|-----------------------|---------------|
| Humalog kwikpen | 1 envase cada 60 días | 0,20/24 horas |
| Lantus          | 1 envase cada 30 días | 0,20/24 horas |

# Problemas con tratamientos

- Principios activos sin códigos nacionales asociados
- Principios activos o sustituciones en las que no aparezcan todos los códigos nacionales dispensables (nuevas altas / bajas, con / sin visado, ...)
- Dosis en ciertos tratamientos mal elaboradas (colirios, cremas, efectos y accesorios)
- Medicamentos no financiados
- Plazos

# TRAMITACIÓN DE INCIDENCIAS

**HOJA DE TRATAMIENTO**

Fecha: 15/04/2014

**Número de Orden:**  
**8885**

Número necesario para la dispensación

**Datos del Paciente**

Sr/a:  
 Fecha nacimiento: 1/04/1958      TSI: TSI 004  
 CIP: 

 000000008885

**Datos del Médico**

Médico:  
 CIAS:  
 N° Colegiado:

---

**Datos del Tratamiento**

| Fecha Prescrip. | Producto |   | Posología |       |         | Indicaciones al paciente |          |        |      | Durac. Tratam. Días | Fecha Revisión |          |
|-----------------|----------|---|-----------|-------|---------|--------------------------|----------|--------|------|---------------------|----------------|----------|
|                 | Código   | Denominación  | Tipo      | Cant. | Periodo | Int.                     | Desayuno | Comida | Cena |                     |                | Acostar  |
| 15/04/14        | P33179   | ALENDRONICO ACIDO 70MG 4 COMPRIMIDOS -<br>PVP: 12,49€ Aportación: 6,25€ (*)                                   | C         | 1.00  | 168     | Horas                    | 1        | 0      | 0    | 0                   | 335*           | 15/03/14 |
| 15/04/14        | P32641   | RAMIPRIL 5MG 28 COMPRIMIDOS -<br>PVP: 4,84€ Aportación: 0,48€ (*)   | C         | 1.00  | 24      | Horas                    | 1        | 0      | 0    | 0                   | 335            | 15/03/14 |
| 15/04/14        | P30497   | CALCIO CARBONATO/COLECALCIFEROL 2500MG/880UJ 30 COMPRIMIDOS EFERVESCENTES<br>PVP: 7,93€ Aportación: 3,97€ (*) | C         | 1.00  | 24      | Horas                    | 0        | 1      | 0    | 0                   | 335            | 15/03/14 |

Para recoger los medicamentos debe acudir a cualquier oficina de farmacia del municipio de Santomera y Benial y presentar su tarjeta sanitaria individual en un plazo de 10 días desde la fecha de prescripción.

Esta hoja de tratamiento tiene validez hasta la fecha fijada en la misma o finalización del tratamiento con todos los medicamentos en ella contenidos o hasta la emisión de nueva hoja de tratamiento que la sustituya.

En caso de pérdida o deterioro solicite una copia en su Centro de Salud.

(\*) El PVP del medicamento y la aportación que debe realizar se ofrecen a título informativo y son las cantidades actualizadas en la fecha que se prescribió su medicación. Pueden sufrir modificaciones a lo largo de su tratamiento debido a cambios en el precio de los medicamentos o en la normativa aplicable en cuanto a la aportación.



# TRAMITACIÓN DE INCIDENCIAS

**HOJA DE TRATAMIENTO**

Fecha: 15/04/2014

**Número de Orden:**  
**8885**  
Número necesario para la dispensación

**Datos del Paciente**

Sr/a:  
 Fecha nacimiento: 1/04/1958      TSF: TSI 004  
 CIP: MNPS580

  
0000000088855

**Datos del Médico**

Médico:  
 CIAS:  
 Nº Colegiado:

→ **FARMACIA/COF**  
**(CUPONES**  
**PRECINTO)**  
**(Anotar núm. Farmacia)**

**PACIENTE ←**

| Datos del Tratamiento |          |   |      |           |         |       |                          |        |      |                     |                |          |
|-----------------------|----------|---|------|-----------|---------|-------|--------------------------|--------|------|---------------------|----------------|----------|
| Fecha Prescrip.       | Producto |   |      | Posología |         |       | Indicaciones al paciente |        |      | Durac. Tratam. Días | Fecha Revisión |          |
|                       | Código   | Denominación  | Tipo | Cant.     | Periodo | Int.  | Desayuno                 | Comida | Cena |                     |                | Acostar  |
| 15/04/14              | P33179   | ALENDRONICO ACIDO 70MG 4 COMPRIMIDOS -<br>PVP: 12,49€ Aportación: 6,25€ (*)                                   | C    | 1.00      | 168     | Horas | 1                        | 0      | 0    | 0                   | 335**          | 15/03/14 |
| 15/04/14              | P32641   | RAMIPRIL 5MG 28 COMPRIMIDOS -<br>PVP: 4,84€ Aportación: 0,48€ (*)   | C    | 1.00      | 24      | Horas | 1                        | 0      | 0    | 0                   | 335            | 15/03/14 |
| 15/04/14              | P30487   | CALCIO CARBONATO/COLECALCIFEROL 2500MG/880UJ 30 COMPRIMIDOS EFERVESCENTES<br>PVP: 7,93€ Aportación: 3,97€ (*) | C    | 1.00      | 24      | Horas | 0                        | 1      | 0    | 0                   | 335            | 15/03/14 |

(\*) Para recoger los medicamentos debe acudir a cualquier oficina de farmacia del municipio de Santomera y Boniel y presentar su tarjeta sanitaria individual en un plazo de 10 días desde la fecha de prescripción.

Esta hoja de tratamiento tiene validez hasta la fecha fijada en la misma o finalización del tratamiento con todos los medicamentos en ella contenidos o hasta la emisión de nueva hoja de tratamiento que la sustituya.

En caso de pérdida o deterioro solicite una copia en su Centro de Salud.

(\*\*) El PVP del medicamento y la aportación que debe realizar se ofrecen a título informativo y son las cantidades actualizadas en la fecha que se prescribió su medicación. Pueden sufrir modificaciones a lo largo de su tratamiento debido a cambios en el precio de los medicamentos o en la normativa aplicable en cuanto a la aportación.

# CONTROL DE ACCESOS Y MONITORIZACION

---

# CONTROL DE ACCESOS Y MONITORIZACION

- El sistema de receta electrónica conlleva transacciones donde los datos de salud se hacen presentes
- La **Ley de Protección de datos**, obliga a proteger los datos de salud con un **Nivel Alto**, lo que implica:
  - Comunicaciones seguras entre los intervinientes
  - Control de los accesos
  - Custodia de los datos

# CONTROL DE ACCESOS Y MONITORIZACION

## CONTROL DE LOS ACCESOS

- Cada transacción de receta electrónica tiene que estar identificada con la persona que la realiza
  - Farmacéuticos Titulares
  - Farmacéuticos Sustitutos/ Adjuntos / Regentes
  - Auxiliares
- Se necesita por tanto comunicar al Colegio Nombre y DNI de cada uno de los dispensadores
- Existen procedimientos para detectar comportamientos no usuales

# GRACIAS POR SU ATENCION

---