

A-2

Nº de Expediente(*)	DATOS DE LA ESPECIALIDAD
----------------------------	---------------------------------

1. Denominación común internacional	
2. Nombre genérico	
3. Principio activo	
4. Vías de administración	
5. Dosis	
6. Dosis diaria	
7. Duración prev. Tratamiento (días)	
8. Forma farmacéutica	
9. Nombre comercial	
10. Laboratorio	
11. País de origen	

Referencias bibliográficas y otros datos que faciliten su búsqueda

	Médico (nombre):
	FECHA:
	TELÉFONO:
	Nº DE COLEGIADO
	FIRMA
	Servicio de Farmacia
	FARMACEUTICO (nombre):
	FECHA:
	FIRMA:

A RELLENAR POR EL SERVICIO DE SUMINISTROS

(*) A cumplimentar por el Servicio de Suministros