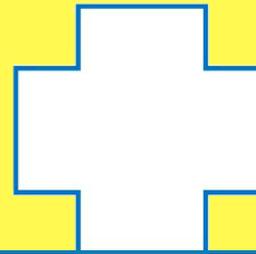


# Nervinex® (Brivudina)

## CHECK-LIST PARA EL PROFESIONAL DE LA FARMACIA



### ACCIÓN

### VERIFICACIÓN

1

**Comprobar si el paciente toma algún antineoplásico, o inmunosupresor (Nervinex® está indicado para el uso en pacientes inmunocompetentes)**

*Preguntar si está tomando un medicamento antineoplásico ("para destruir las células que forman parte de los tumores"), o inmunosupresor ("para disminuir la respuesta inmune del organismo en enfermedades reumáticas, en el lupus, enfermedades inflamatorias intestinales, o bien después de un trasplante)*

*Si el paciente está tomando un medicamento que condicione su respuesta inmune, confirmar que la de Nervinex® es una prescripción consciente (puede tratarse de un uso "fuera de indicación")*

**Toma antineoplásico**

Sí   
No

Nombre (en caso afirmativo) \_\_\_\_\_

**Toma inmunosupresor**

Sí   
No

Nombre (en caso afirmativo) \_\_\_\_\_

**Se comunica al médico:**

Sí   
No

\_\_\_\_\_

2

**Comprobar si el paciente toma (o ha tomado) medicamentos con 5-FU o precursores**

*Mostrar al paciente el dorso de la tarjeta de Nervinex®, para que pueda identificar los medicamentos implicados. Orientar acerca de su indicación: para el tratamiento de ciertos tipos de cáncer, o para queratosis actínica y/o carcinoma basocelular (medicamento de uso tópico, bien preparado comercial o fórmula magistral).*

- ▶ *Si está en tratamiento con 5-FU o precursores, y la toma de Nervinex® será coincidente, no se dispensará Nervinex® y se remitirá al paciente al médico.*
- ▶ *Si ha estado en tratamiento con 5-FU o precursores pero no lo está en ese momento, preguntar por la previsión de un nuevo ciclo en fechas próximas.*

*Mostrar la tarjeta de Nervinex®, explicando con detalle el motivo e interés de anotar la fecha del que será el último día de tratamiento. **INSISTIR QUE NO PUEDE TOMAR 5-FU ni precursores HASTA 4 SEMANAS DESPUÉS DE LA FECHA ANOTADA***

**En tratamiento actual con 5-FU o precursores:**

Sí   
No

Medicamento \_\_\_\_\_

**En tratamiento con 5-FU o precursores en fechas pasadas:**

Sí   
No

**Previsión de nuevo ciclo con 5-FU o precursores**

Sí   
No

\_\_\_\_\_

**Comprende el motivo de anotar la fecha**

Sí   
No

**Comprende que es muy peligroso no respetar el periodo de cuatro semanas**

Sí   
No

3

**Comprobar que el paciente conoce la indicación Nervinex® y su pauta de administración (para tratar herpes zóster, durante 7 días consecutivos, un comprimido/día)**

*Preguntar si sabe para qué le ha recetado Nervinex® el médico, cuánto y durante cuánto tiempo lo tiene que tomar, y si tiene claro que no debe volver a repetir el tratamiento (no comenzar otro envase)*

**Conoce la indicación:**

Sí   
No

**Sabe cuánto tomar, y cuánto tiempo:**

Sí   
No

**Asume que no debe repetir tratamiento**

Sí   
No

4

**Comprobar que el paciente está satisfecho con la información proporcionada por el farmacéutico**

*Como farmacéutico/a considero que informar sobre la medicación es una responsabilidad importante que contribuye a una mayor seguridad del paciente. ¿Está usted satisfecho con información recibida sobre Nervinex®?*

**El paciente se manifiesta satisfecho con la información recibida**

Sí   
No