

FARMACIA CIMNA	PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA	Procedimiento P-PMM Página Rev.: I Fecha:
---------------------------	---	--

1. OBJETO

Establecer la sistemática operativa en la oficina de farmacia a fin de dispensar una solución de clorhidrato de metadona, como medida de reducción de los riesgos, a las personas dependientes de opiáceos incluidas en el Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM) en las Farmacias.

2. ALCANCE

Este procedimiento es aplicable a las personas dependientes de opiáceos que estén incluidas en los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM).

3. DEFINICIONES

Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM): Son programas de reducción de daños dirigidos a la minimización de los efectos negativos ocasionados por el consumo de drogas. Incluyen tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos individualizados con el fin de restablecer la salud y la calidad de vida del toxicómano. Se basan en la administración de un fármaco opiáceo, metadona, que sustituye a la administración de otros opiáceos objeto de dependencia, generalmente heroína.

4. OBJETIVOS DE LOS PMM

- Mejorar el estado de salud de los adictos a drogas por vía parenteral (ADVP).
- Normalizar la vida de la persona consumidora.
- Atraer y retener a ADVP en programas de tratamiento.
- Disminuir la mortalidad.

- Prevenir enfermedades transmisibles, como el SIDA, hepatitis, ETS, etc.
- Fomentar el paso a programas libres de drogas.
- Mejorar las relaciones personales, familiares y sociales.
- Aumentar la actividad laboral.
- Reducir la demanda y el consumo de drogas ilegales.
- Reducir la delincuencia.
- Abandono de la prostitución
- Reducir el número de nuevos usuarios.

5. LOCALES Y EQUIPAMIENTO

- **Locales:** La farmacia deberá disponer de las siguientes zonas:
 - Zona de atención personalizada; deberá estar diferenciada de la zona de dispensación para atender al paciente garantizando su confidencialidad.
 - Zona de preparación de la solución de metadona: Será el laboratorio de preparación de fórmulas magistrales suficientemente equipado.
- **Materiales y equipamiento:**

Los indicados en el Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT) de elaboración y control de la solución de clorhidrato de metadona al 0,5% (5 mg/ml) y,

 - Hojas de Control de Metadona
 - Sobres (dos colores: amarillos y blancos)

6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Los pasos a seguir son los indicados a continuación:

- 6.1. Acreditación como farmacia dispensadora
- 6.2. Derivación de pacientes
- 6.3. Información al paciente
- 6.4. Solicitud de metadona
- 6.5. Elaboración de etiquetas y hoja de control del tratamiento para el paciente
- 6.6. Registro en el libro de recetario
- 6.7. Registro en el libro de control de estupefacientes
- 6.8. Dispensación al paciente

6.1 Acreditación como farmacia dispensadora

El farmacéutico que quiera participar en el PMM, debe cumplimentar el modelo M-PMM.01 "Solicitud de acreditación de oficinas de farmacia para la colaboración en programas de tratamiento sustitutivo con opiáceos", dirigida al Director General de Salud del Gobierno de Navarra, y deberá remitirla al Colegio Oficial de Farmacéuticos de Navarra quien, a su vez, lo comunicará al Departamento de Salud.

S U M A R I O

Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM) pag. I

6.2 Derivación de pacientes

Para la derivación de pacientes en tratamiento con metadona a la oficina de farmacia, el Centro de Salud Mental (CSM) se pondrá en contacto con la misma y le informará del/los pacientes que le vaya a derivar.

Con la aceptación de dichos pacientes por parte de la oficina de farmacia, el CSM remitirá los siguientes documentos por paciente:

- **La receta de estupefacientes** donde constarán los datos del paciente y la dosis diaria de metadona en mg. Esta receta tendrá una validez indefinida o bien podrá indicarse en la receta un

periodo de validez limitado, aunque si se realiza un cambio en la dosis deberá cumplimentarse una nueva receta.

- **La Hoja de Inicio o Terminación** (antes denominada Hoja de derivación a la oficina de farmacia), correspondiente al toxicómano, indicando la pauta de dosificación, si deben entregarse "dosis para llevar", si se autoriza a otras personas para recoger la dosis de la oficina de farmacia, etc., según el M-PM.02 "Hoja de Inicio o Terminación de la administración de metadona a un paciente dependiente de opiáceos en una oficina de farmacia acreditada".

- **El consentimiento informado** en el que se expresan por escrito riesgos y compromisos, firmado por el toxicómano, según el modelo M-PM.03 "Consentimiento informado".

El número de pacientes a aceptar por cada oficina de farmacia será determinado por la propia oficina de farmacia, procurando limitar a un máximo de 5 por oficina de farmacia.

6.3. Información al paciente

La oficina de farmacia antes de iniciar el tratamiento deberá concertar una reunión con el toxicómano. En la misma se establecerán el horario y las condiciones para la dispensación de metadona. Deberá acudir a la misma, además, la persona autorizada (si la hubiera) para recoger la metadona en caso de que el toxicómano no pudiese recogerla personalmente.

Si la percepción del farmacéutico es positiva y el paciente acepta, se continúa con el proceso.

6.4 Solicitud de metadona

El farmacéutico en este momento podrá solicitar el clorhidrato de metadona, al almacén de distribución (mediante el correspondiente vale de estupefacientes) y preparar la solución de 5mg/ml, disolviendo directamente la metadona en agua destilada, envasándola en frasco cristal topacio y conservándola en refrigeración, de acuerdo al Procedimiento Normalizado de Trabajo de elaboración y control de solución de clorhidrato de metadona al 0,5% (5 mg/ml).

El frasco deberá etiquetarse indicando "solución de metadona 5mg/ml" y la fecha de elaboración.

6.5 Elaboración de etiquetas y hoja de control del tratamiento para el paciente

Las etiquetas de los frascos de plástico "para llevar" indicarán únicamente la fecha del día en que debe ser tomada la dosis, el nombre del paciente, la abreviatura PMM y el nº de la oficina de farmacia, tal y como se detalla a continuación:

PMM	Nº Farmacia
Nombre paciente	
Fecha	

Nombre Farmacia	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE OFICINAS DE FARMACIA	Modelo M-PM.01 Página 1 de 1 Rev.: 1 Fecha:
<p>SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE OFICINAS DE FARMACIA PARA LA COLABORACIÓN EN PROGRAMAS DE TRATAMIENTO SUSTITUTIVO CON OPIÁCEOS</p> <p>DATOS del Titular de la Oficina de Farmacia</p> <p>D/ña _____</p> <p>Solicita la acreditación de la Oficina de Farmacia situada en _____</p> <p>C/. _____ nº _____</p> <p>Telf nº _____ Fax nº _____, para tratamientos sustitutivos con opiáceos, conforme al Real Decreto 75 /1990, de 19 de enero y su normativa de desarrollo.</p> <p>DATOS del Responsable del Programa de mantenimiento con opiáceos</p> <p>D/ña _____</p> <p>en calidad de (farmacéutico regente, sustituto, adjunto) _____</p> <p>Colaboración en un programa de tratamiento sustitutivo con opiáceos con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centro o Servicio de titularidad pública • Centro o Servicio de titularidad privada • Facultativo no integrado en un Centro o Servicio acreditado <p>Fecha _____</p> <p>Firma del Farmacéutico Titular _____ Firma del Farmacéutico responsable del programa _____</p> <p>Sr. Director General de Salud Departamento de Salud del Gobierno de Navarra C/. Amaya, nº 2 A 31002 Pamplona</p> <p>Modelo M-PM.01</p>		

Hoja de control de la administración de metadona (M-PMM.04): Es una hoja en modelo autocopiativo, con 4 copias (2 blancas, 1 amarilla y 1 rosa), en la que consta:

- Mes y año.
- N° Oficina de Farmacia, Titular, Dirección, Teléfono y Localidad.
- Nombre y Apellidos del paciente, D.N.I., Dirección Postal, Teléfono de contacto.
- Centro Salud Mental (CSM): Médico responsable y dirección.
- N° Receta de Estupefacientes.
- Tabla donde se anotan los ml y mg de metadona entregados al paciente mensualmente. Para la correcta cumplimentación de la Hoja se siguen las instrucciones señaladas en el M-PMM.05 "Cumplimentación de las hojas de control de la administración de metadona".

Las dosis administradas o entregadas deben ser registradas en la "Hoja de control de la administración de metadona", igual que las incidencias que puedan producirse en cuanto a la administración (por ejemplo, ausencias).

Será conveniente anotar el número de la receta de estupefacientes en la hoja de control y sumar, al final de mes, los mg de metadona entregados, para facilitar la anotación en el libro de estupefacientes.

Las 2 hojas de control de color blanco deben remitirse **mensualmente** al CIM del Colegio en el sobre blanco destinado a tal efecto, un ejemplar se utilizará para elaborar la factura que se remitirá al Servicio Navarro de Salud y el otro quedará en el Colegio para control. El ejemplar amarillo se enviará al CSM correspondientes en el sobre amarillo, y el rosa queda en poder del farmacéutico dispensador.

Las etiquetas de los frascos "para llevar" a casa, las hojas de control de la administración de metadona y los sobres para remitir las mismas al Colegio y al CSM, se suministrarán en función del número de pacientes, desde el Colegio, a petición de la farmacia.

6.6 Registro en el libro de recetario

En este libro el farmacéutico realizará una consignación cada vez que prepare la solución de metadona (5mg/ml), como

se hace con cualquier otra fórmula magistral.

6.7 Registro en el libro de control de estupefacientes

La metadona, y demás sustitutivos de opiáceos utilizados en programas de mantenimiento, son sustancias estupefacientes, y como tales, su adquisición, elaboración, conservación y dispensación esta sujeta a la normativa vigente sobre estupefacientes, y sometida al control de la Dirección de Farmacia y Productos

Sanitarios o de los órganos correspondientes de las Comunidades Autónomas competentes en la materia.

En primer lugar debe darse de alta la metadona como producto (mejor anotar la entrada en mg, que es como se anotarán posteriormente las salidas).

Posteriormente se realizará una sola consignación por paciente y mes y corresponderá a la cantidad real de metadona dispensada a cada paciente en ese mes (será la que figure como total en la hoja de control).

Nombre Farmacia	HOJA DE INICIO O TERMINACIÓN	Modelo M-PMM.02 Página 1 de 1 Rev.: 1 Fecha:
HOJA DE INICIO O TERMINACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN DE METADONA A UN PACIENTE DEPENDIENTE DE OPIÁCEOS EN UNA OFICINA DE FARMACIA ACREDITADA		
CENTRO DE SALUD MENTAL: MÉDICO RESPONSABLE: CLÍNICO RESPONSABLE:		
OFICINA DE FARMACIA TITULAR: DIRECCIÓN: LOCALIDAD:		
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE APELLIDOS: NOMBRE: D.N.I. FECHA DE NACIMIENTO: TELÉFONO: DOMICILIO: LOCALIDAD:		
EN CASO DE INICIO DE LA DISPENSACIÓN DE METADONA EN LA FARMACIA: FECHA DE INICIO: OBSERVACIONES PARA EL FARMACÉUTICO: EVOLUCIÓN DE LA (S) TOXICOMANÍA (S), EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO DE OPIÁCEOS, ACTITUD GENERAL Y ANTE EL TRATAMIENTO, SITUACIÓN ORGÁNICA: ESTADO GENERAL, TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS, OBJETIVOS, PAUTAS A SEGUIR (DOSIS, CAMBIOS DE DOSIS, HORARIOS, DOSIS PARA LLEVAR, FINES DE SEMANA, VACACIONES, AUSENCIAS, MEDICACIÓN, AUTORIZACIÓN PARA LA RECOGIDA DE METADONA POR OTRAS PERSONAS, ETC.).		
FIRMA DEL CLÍNICO RESPONSABLE:		
EN CASO DE TERMINACIÓN DE LA DISPENSACIÓN DE METADONA EN LA FARMACIA: FECHA DE TERMINACIÓN: CAUSA: COMUNICADA A LA FARMACIA POR: FIRMA:		
Modelo M-PMM.02		

Por ejemplo: Si una farmacia tuviese uno o más pacientes, haría las siguientes anotaciones por cada uno:

- **Fecha:** Se consignará la fecha en que se haga la anotación (30 o 31 de cada mes).

- **Número de receta oficial:** Se anotará el número de receta de estupefacientes que corresponde a cada paciente.
- **Salida:** Se anotará la cantidad total (en mg) de metadona consumida por cada paciente.

- **Nombre del médico prescriptor.**
- **Enfermo:** Se anotará su nombre y domicilio.
- **Saldo:** Se anotará la diferencia entre la entrada y la salida en cada paciente.

Si en el mes siguiente no hay cambios las anotaciones coincidirán, salvo en las salidas y saldos. Si se produce alguna nueva incorporación se procederá como hemos indicado anteriormente.

De acuerdo con la legislación vigente las recetas de estupefacientes se remitirán con el envío trimestral a la Sección de Inspección de Centros y Actividades Sanitarias (este envío se realizará solo la primera vez puesto que mientras no se produzcan cambios en el tratamiento, no habrá más recetas). Sería conveniente quedarse con una fotocopia de la misma, en tanto el CSM no envíe una nueva receta.

Así mismo se realizará la anotación en los partes semestrales de movimiento de estupefacientes, como para cualquier otro estupefaciente.

6.8. Dispensación al paciente

La dispensación al paciente se realizará mezclando los ml correspondientes a la dosis diaria de cada paciente, con agua destilada o zumo (según indicación del responsable del CSM) hasta 50 ml.

Se le dispensa al paciente en un entorno de privacidad. Cuando el paciente acude diariamente a la farmacia, se suministra la solución de metadona en un vaso de parafina y se la toma en presencia del farmacéutico.

Cuando el paciente no acude diariamente a la farmacia a tomar la solución de metadona, se le entregan dosis individualizadas en frascos de plástico opaco de 50 ml, cerrados con tapón precinto y etiquetados, por el período de tiempo determinado por el médico responsable.

Los frascos de plástico opaco de 50 ml se adquieren en los almacenes de distribución.

Cuando el paciente no puede acudir a la farmacia, la dosis de metadona se entrega al familiar o persona autorizada.

En el caso que la entrega sea diaria, el viernes se entregarán las dosis correspondientes al sábado y domingo.

Nombre Farmacia	CONSENTIMIENTO INFORMADO	Modelo M-PMM.03 Página 1 de 1 Rev.: 1 Fecha:
-----------------	---------------------------------	---

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA**

D

mayor de edad, con D.N.I. nº _____ y domiciliado en _____

Por medio del presente escrito declaro que en el Centro de Salud Mental se me ha informado de forma clara y comprensible sobre las características del Programa de Mantenimiento con Metadona y los motivos por los que se me incluye en el mismo. He podido hacer todo tipo de preguntas al respecto y éstas han sido respondidas de forma satisfactoria. Comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria. Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, debiendo informar al equipo médico que me atiende.

Se me han explicado los compromisos que asumimos ambas partes, y por mi parte me comprometo a:

- Respetar a cada uno de los/as miembros del equipo sanitario y las decisiones que los/as mismos/as adopten en el curso del programa terapéutico.
- No llevar a cabo ningún tipo de agresión física o verbal hacia el personal sanitario u otras personas, habiéndose informado que el hacerlo puede ser motivo de exclusión del programa.
- Dar mi consentimiento para realizar detección analítica de sustancias de abuso en muestras de orina, cuando lo solicite el/la profesional sanitario.
- Tomarme la metadona en presencia del/la profesional sanitario, cuando así sea requerido.
- Cumplir con el horario pactado. Avisar con la mayor antelación posible de las incidencias con respecto al mismo.
- Informar al personal sanitario que me atienda (por ejemplo, en una urgencia) de mi inclusión en el Programa de Mantenimiento con Metadona.

Por su parte, los profesionales del Centro de Salud Mental, del Centro de Atención Primaria o de las Oficinas de Farmacia, independientemente de otros compromisos específicos que puedan tener con los pacientes se comprometen a:

- Facilitarme las dosis de metadona, en las condiciones que determine el Centro de Salud Mental.
- Responder a cuantas preguntas les formule con respecto al Programa, consultando o derivando las preguntas a otros profesionales, si fuera necesario.
- Informarme de aquello que puede ser beneficioso para mi salud y la de los míos.

En relación con la metadona, estoy informado de que es una sustancia que produce efectos parecidos a los de otros opiáceos, como la morfina o la heroína. Como ellos, puede producir dependencia si se administra de manera continuada, y síndrome de abstinencia, cuando se deja de tomar. Tiene una acción prolongada, lo que permite su administración una vez al día.

Como en el caso de otros opiáceos, puede producir algunos efectos adversos, sobre todo, al comienzo del tratamiento. Por ejemplo, somnolencia, por lo que debe tenerse precaución al conducir o manejar máquinas peligrosas. También puede producir estreñimiento, sudoración, náuseas, vómitos, euforia, mareo, cefaleas, insomnio, reducción de la libido, alteraciones menstruales, dificultad de micción, hipotensión, etc. La mayoría de estos efectos secundarios suelen desaparecer con el tiempo, aunque se continúe con el tratamiento, ya que se desarrolla tolerancia a los mismos.

El efecto sedante de la metadona puede potenciarse con el ALCOHOL y por otros fármacos depresores del Sistema Nervioso Central como son los ansiolíticos e hipnóticos (VALIUM, TRANXILIUM, ROHIPNOL, etc.). Algunos fármacos (por ejemplo, RIFALDIN, RIMACTAN, LUMINAL, GARDENAL, EPANUTIN, ANTABUS, etc.) inducen el metabolismo y pueden disminuir el efecto de la metadona e inducir síndrome de abstinencia. Por el contrario, otros (por ejemplo, SUMIAL, RETROVIR, TAGAMET, NARDELZINE, PARNATE, etc.) pueden potenciar sus efectos o su toxicidad.

La ingesta aguda de alcohol reduce el metabolismo hepático de metadona y aumenta su concentración cerebral, por lo que es probable que potencie sus efectos. La ingesta crónica produce un aumento del metabolismo hepático, por lo que la concentración cerebral de metadona disminuye.

La administración de un antagonista opiáceo (naloxona-NALOXONE-, naltrexona-ANTAXONE, CELUPAN-) o de un agonista-antagonista mixto (pentazocina-PENTAZOCINA, SOSECON) puede inducir un síndrome de abstinencia.

INFORMACIÓN PERSONALIZADA AL PACIENTE

Teniendo en cuenta todo lo anterior, autorizo a que se me incluya en el Programa de Mantenimiento con Metadona, realizando la dispensación de la misma el Centro de Salud Mental, el Centro de Atención Primaria o la Oficina de Farmacia que determine en cada momento el primero. Y en prueba de conformidad, firmo el presente escrito en Pamplona, a _____ de _____ de _____.

NOMBRE DEL PACIENTE:	CENTRO DE SALUD MENTAL
D.N.I.:	NOMBRE DEL MÉDICO:
DOMICILIO:	NÚMERO DE COLEGIADO:
FIRMA DEL PACIENTE:	FIRMA DEL MÉDICO:

Modelo M-PMM.03

7. RESPONSABILIDADES

Del farmacéutico responsable del Programa.

- Realizar todos los procesos tal como se describen en este procedimiento.

8. NORMATIVA DE REFERENCIA

- Ley Foral 12/2000, de 16 de noviembre, de Atención Farmacéutica.


- Real Decreto 75/1990 de 19 de enero, por el que se regulan los tratamientos con opiáceos de personal dependientes de los mismos.
- Real Decreto 5/1996 de 15 de enero, sobre modificación del Real Decreto 75/1990 de 19 de enero, por el que se regulan los tratamientos con opiáceos de personal dependientes de los mismos y de ampliación de su anexo.
- Convenio de colaboración entre el Servicio Navarro de Salud - Osasun-

bidea y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Navarra para el tratamiento con opiáceos de personas dependientes de los mismos a través de las oficinas de farmacia, de 12 de febrero de 2002.

- Orden Foral 145/1996, de 26 de junio, del Consejero de Salud, por la que se regulan la composición y funciones de la Comisión de Acreditación, Evaluación y Control de Centros y Servicios de tratamiento con opiáceos de Navarra.

9. DOCUMENTOS UTILIZADOS

- Procedimiento Normalizado de Trabajo de elaboración y control de la solución de clorhidrato de metadona al 0,5% (5 mg/ml).
- M-PM.01 Solicitud de acreditación de oficinas de farmacia.
- M-PM.02 Hoja de Inicio o Terminación.
- M-PM.03 Consentimiento Informado.
- M-PM.04 Hoja de control de la administración de metadona.
- M-PM.05 Cumplimentación de las hojas de control de la administración de metadona.

Nombre Farmacia	HOJA DE CONTROL DE LA ADMINISTRACIÓN DE METADONA	Modelo M-PM.04 Página 1 de 1 Rev.: 1 Fecha:																																																																																																																																														
 <p>Colegio Oficial de Farmacéuticos de Navarra</p> <p align="center">HOJA DE CONTROL DE LA ADMINISTRACIÓN DE METADONA</p> <p>Mes Año</p> <p>OFICINA DE FARMACIA N.º:</p> <p>Titular: Teléfono:</p> <p>Dirección: Localidad:</p> <p>PACIENTE</p> <p>Nombre y Apellidos:</p> <p>D.N.I.: Teléfono:</p> <p>Dirección: Localidad:</p> <p>CENTRO DE SALUD MENTAL</p> <p>Médico responsable: Teléfono:</p> <p>Dirección: Localidad:</p> <p>RECETA DE ESTUPEFACIENTES N.º: Fecha:</p> <p>NUEVA RECETA DE ESTUPEFAC. N.º: Fecha:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>DÍA</th> <th colspan="2">DOSIS</th> <th rowspan="2">OBSERVACIONES</th> <th>DÍA</th> <th colspan="2">DOSIS</th> <th rowspan="2">OBSERVACIONES</th> </tr> <tr> <th></th> <th>ml</th> <th>mg</th> <th></th> <th>ml</th> <th>mg</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td>17</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td>18</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td>19</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td>20</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td>21</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td>22</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td>23</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td>24</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td>25</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td>26</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td>27</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td>28</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13</td><td></td><td></td><td></td><td>29</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>14</td><td></td><td></td><td></td><td>30</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15</td><td></td><td></td><td></td><td>31</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>16</td><td></td><td></td><td></td><td colspan="4">Miligramos totales dispensados:</td> </tr> </tbody> </table> <p>OBSERVACIONES DE LA FARMACIA (evolución, cambios de dosis, horarios, dosis para llevar, fines de semana, vacaciones, conducta, reacciones adversas, ausencias, uso de fármacos, vacunas, consumos detectados, incidencias, etc.):</p> <p>FIRMA DEL FARMACÉUTICO:</p> <p align="right">Modelo M-PM.04</p>			DÍA	DOSIS		OBSERVACIONES	DÍA	DOSIS		OBSERVACIONES		ml	mg		ml	mg	1				17				2				18				3				19				4				20				5				21				6				22				7				23				8				24				9				25				10				26				11				27				12				28				13				29				14				30				15				31				16				Miligramos totales dispensados:			
DÍA	DOSIS		OBSERVACIONES	DÍA	DOSIS		OBSERVACIONES																																																																																																																																									
	ml	mg			ml	mg																																																																																																																																										
1				17																																																																																																																																												
2				18																																																																																																																																												
3				19																																																																																																																																												
4				20																																																																																																																																												
5				21																																																																																																																																												
6				22																																																																																																																																												
7				23																																																																																																																																												
8				24																																																																																																																																												
9				25																																																																																																																																												
10				26																																																																																																																																												
11				27																																																																																																																																												
12				28																																																																																																																																												
13				29																																																																																																																																												
14				30																																																																																																																																												
15				31																																																																																																																																												
16				Miligramos totales dispensados:																																																																																																																																												

COPIA PARA EL FARMACÉUTICO

COPIA PARA EL CENTRO DE SALUD MENTAL

ORIGINAL PARA EL COLEGIO / SNS-O

Nombre Farmacia	CUMPLIMENTACIÓN DE LAS HOJAS DE CONTROL DE LA ADMINISTRACIÓN DE METADONA	Modelo M-PMM.05 Página 1 de 1 Rev.: 1 Fecha:
<p>Normas para la correcta cumplimentación de las Hojas de Control de la Administración de Metadona</p> <p>Con objeto de facilitar el control de la administración de la metadona y la posterior elaboración y control de la factura mensual, las oficinas de farmacia participantes deberán cumplimentar todos los datos requeridos de un modo perfectamente legible: datos de la oficina de farmacia, del paciente, del CSM y de la receta.</p> <p>Respecto a las dispensaciones de metadona se seguirán los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se anotarán las dosis en mg o en ml indistintamente (ya que la solución madre siempre es de 5mg/ml y se puede obtener cualquiera de los dos datos). Se pueden anotar también los dos. • Se deben cumplimentar todos los días, independientemente de que la dispensación sea semanal o de dos veces por semana. • Si se realiza dispensación semanal y la última abarca días del mes siguiente, se anotaran las dosis en las casillas correspondientes al día de la toma, es decir, todos los meses iniciarán las anotaciones el día 1 y finalizarán el 30 o 31, independientemente de que se hubieran dispensado los últimos días del mes anterior. <p>Las únicas excepciones serán los inicios o terminaciones de tratamiento, en los que obviamente habrá casillas al principio o al final sin cumplimentar y en esos casos en la casilla de observaciones deberá constar “inicio o fin de tratamiento”.</p> <p style="text-align: right;">Modelo M-PMM.05</p>		

Elaborado por: Mª Puy Pérez y Eva Armendáriz Fecha: 01/06/2006	Revisado por: Mª Pilar Ardanaz, Mónica Godino, Arantza Viamonte y Mª José Viñas Fecha: 14/06/2006	Aprobado por: Mª Puy Pérez Fecha: 16/06/2006
--	---	--

Centro de Información de Medicamentos	Directora María Puy Pérez Farmacéuticas María Pilar Ardanaz, Eva Armendáriz, Mónica Godino, Arantza Viamonte Teléfonos 948 22 48 05 - 948 22 16 16 Fax 948 22 16 16 e-mail cimna@redfarma.org Edita Colegio Oficial de Farmacéuticos de Navarra. c/ Navas de Tolosa, 19-3º. 31002 PAMPLONA Depósito legal NA-569/2003
--	--

Horario del CIM	Lunes a Viernes: de 7,30 h. a 14,30 h. y de 16,30 h. a 19,30 h. Sábados: de 8 h. a 14 h.
------------------------	---