

DOCUMENTO DE SOLICITUD DE INCLUSIÓN/MODIFICACIÓN DE
PRINCIPIOS ACTIVOS PARA FORMULACIÓN MAGISTRAL

___ / 20__

1. DATOS DEL SOLICITANTE

Medico / Especialista:	
Tf:	Email:
Farmacéutico:	
Tf:	Email:
<input type="checkbox"/> Oficina Farmacia <input type="checkbox"/> Servicio de Farmacia Hospitalaria <input type="checkbox"/> Atención Primaria <input type="checkbox"/> Otros	

2. SOLICITA

<input type="checkbox"/> Inclusión		
<input type="checkbox"/> Modificación		
<input type="checkbox"/> Adaptación		
<input type="checkbox"/> Formulación a partir de medicamentos de uso humano de fabricación industrial		
<input type="checkbox"/> Otro		
PRINCIPIO/S ACTIVO/S		
Denominación:		
Indicación terapéutica:		
Dosis	Vía de Administración	Fórmula/s de la que forma parte
Bibliografía / documentación que avale la solicitud:		
Observaciones:		

DOCUMENTO DE SOLICITUD DE INCLUSIÓN/MODIFICACIÓN DE
PRINCIPIOS ACTIVOS PARA FORMULACIÓN MAGISTRAL

___ / 20___

Precio principio activo / Tasación fórmula magistral/ Aportación del paciente

€/ gramo

Valoración del Servicio de Gestión de la Prestación Farmacéutica:

☐

Favorable

☐

Desfavorable

JUSTIFICACIÓN

En..... a de de

Firma