LOCALIDAD,_____

Sres. COLEGIO DE FARMACEUTICOS DE RIO NEGRO

S/D

Por la presente me dirijo a Uds. Con el objeto de pedir la ACREDITACION de esta Farmacia para ingresar al programa de monitoreo para pacientes ambulatorios tratados con CLOZAPINA.

De acuerdo a los requerimientos que este Colegio de Farmacéuticos exigiera para tal fin, adjunto:

Habilitación de Salud Pública de esta Farmacia y

Expreso:

1) Participación activa en la dispensación de la droga.

2) Compromiso de exigir del paciente que demande CLOZAPINA un control hematologico actualizado al momento de la compra que conste de nombre y apellido del paciente y firma y sello del médico.

3) Compromiso con el paciente a través de la apertura y mantenimiento de ficha de seguimiento del uso de CLOZAPINA.

Nombre y Apellido de Farmacéutico:_____

MAT. PCIAL. Nº :_____

D.N.I.:_____

Firma del farmacéutico:_____

Nombre de la Farmacia :_____

Dirección:_____

Localidad :_____

Firma y Sello de la Farmacia :_____