

Formulario de solicitud para RECOMENDACIONES DE REDUCCIÓN GRADUAL

Yo, médico o paciente (marcar la casilla) quisiera recibir una recomendación para un programa de reducción gradual para el siguiente paciente, con las siguientes especificaciones:

Al paciente se le prescribió (rellenar el medicamento para la reducción gradual)

con la siguiente indicación:

El paciente actualmente no presenta síntomas: sí no (marcar la casilla)

Los motivos de la reducción gradual son:

Compruebe todas las posibles casillas:

- 1a. Factor de riesgo:**
- dosis omitida : el paciente ya ha experimentado síntomas de abstinencia tras omitirse una sola dosis.
 - miedo a la reducción gradual : el paciente ha indicado que tiene miedo de la reducción gradual
 - fracaso pasado : los anteriores intentos de dejar los medicamentos fracasaron
 - distinción : es necesario establecer una distinción entre una recaída y unos síntomas de abstinencia o rebote
 - metabolizador lento : la dosis más baja ya produce una concentración plasmática elevada
 - dosis alta : la dosis fue superior al 100% de la dosis definida diaria (DDD) durante más de 6 meses
 - inicio : hubo problemas con los efectos/efectos secundarios al inicio del tratamiento
 - cambio de medicamento previo : el paciente ha cambiado de medicación psiquiátrica una vez en el pasado
 - otro :

1b. Duración de uso del medicamento: <1 año 1-2 años 2-5 años 5-10 años >10 años

1c. Uso actual del medicamento:

..... mg hora del día	<input type="checkbox"/> reducción gradual	dosis final deseada	.....
..... mg hora del día	<input type="checkbox"/> reducción gradual	dosis final deseada	.....
..... mg hora del día	<input type="checkbox"/> reducción gradual	dosis final deseada	.....
..... mg hora del día	<input type="checkbox"/> reducción gradual	dosis final deseada	.....

1d. Otros medicamentos orales:

..... (nombre)	.....	mg por día
..... (nombre)	.....	mg por día
..... (nombre)	.....	mg por día
..... (nombre)	.....	mg por día
..... (nombre)	.....	mg por día

1e. Otra información:

1f. La administración deseada de la medicación es en comprimidos Sí (marcar la casilla)

1g. Período de reducción gradual deseado por el paciente: MESES (número)

1h. El paciente consiente la transferencia de información con la farmacia local: Sí (marcar la casilla)

Farmacia local:

1i. Empresa de seguro de salud:

2. Iniciales y nombre del paciente:

Fecha de nacimiento (DD-MM-AAAA): - - Sexo: H / M Número de seguridad social:

Nombre y número de la calle:

Código postal y ciudad: País:

Dirección de correo electrónico (**obligatorio**): Teléfono:

3. Nombre del médico encargado de la prescripción:

Número de registro médico:

Nombre y número de la calle:

Código postal y ciudad: País:

Dirección de correo electrónico (**obligatorio**): Teléfono:

Por la presente confirmo que toda la información solicitada se ha facilitado de manera veraz.

Fecha: Sello del médico:
(si lo solicita el médico)

Firma del solicitante: