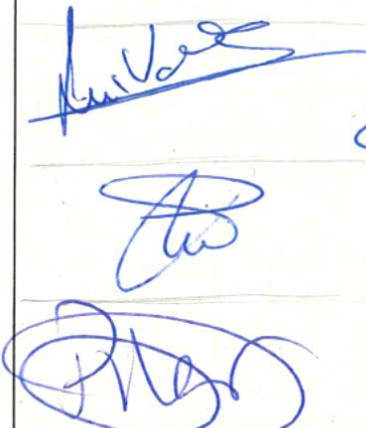

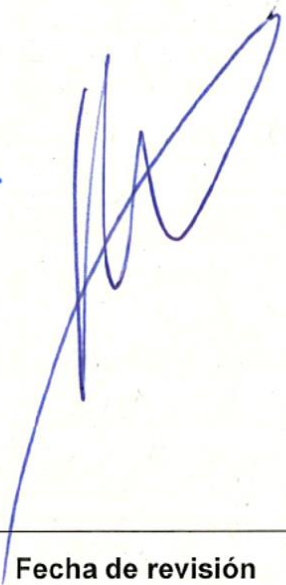


Procedimiento operativo estandarizado de
CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN

POE – HURS 018 – V. 4

Fecha entrada en vigor: 03/05/2021

| | | | |
|--|--|--|---|
| FECHA | REALIZADO: 15-3-2021 | REVISADO: 12-04-2021 | APROBADO: 23-04-2021 |
| NOMBRE | Araceli Ruiz García Luisa Valverde Toresano M ^a Pilar Mesa Blanco Pilar López Carreto | M ^a Antonia Alvarez de Lara Sánchez | Valle García Sánchez |
| CARGO | Médica Documentalista. Servicio de Calidad y Documentación Clínica Farmacéutica. UGC de Farmacia Hospitalaria Enfermera del Servicio de Calidad y Documentación Clínica Jefa de Bloque UGC de Cirugía General y Digestiva | Jefa de Servicio de Calidad y Documentación Clínica | Directora Gerente |
| FIRMA |  |  |  |
| Responsable de revisión M ^a Antonia Alvarez de Lara Sánchez | | | Fecha de revisión 2026 |
| Lugar de archivo UNIDAD DE CALIDAD | | | Responsable custodia Pilar Mesa Blanco |

1-. OBJETO

Durante las transiciones asistenciales se producen numerosos errores de medicación, debidos a fallos en la comunicación, relacionados con el tratamiento que reciben los pacientes. En nuestro país, hasta un 86,8% de los pacientes pueden presentar algún error de este tipo al ingreso hospitalario y hasta un 63% al alta. El riesgo de error es mayor cuanto mayor es el número de medicamentos que toman los pacientes y el número de patologías crónicas, por lo que los pacientes crónicos polimedcados presentan un riesgo elevado.

La conciliación de la medicación es una práctica que se ha desarrollado con el objetivo de mejorar la comunicación y disminuir estos errores, garantizando que el paciente recibe en cada momento la medicación correcta a lo largo de toda su asistencia. Es un proceso estructurado y multidisciplinar, que implica tanto a los profesionales sanitarios como a los pacientes y sus familiares o cuidadores, para lograr que la información que se transmite sobre la medicación en los puntos de transición sea precisa y completa. Organismos de todo el mundo, incluyendo la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en nuestro país el Ministerio de Sanidad, con la colaboración del ISMP, recomiendan implementar esta práctica y han desarrollado guías prácticas y herramientas para fomentar su establecimiento en los centros sanitarios.

El procedimiento de conciliación de la medicación del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba tiene por objetivo describir el procedimiento a seguir para asegurar la conciliación de la medicación en los distintos puntos de transición con el fin último de reducir las discrepancias medicamentosas y los efectos adversos que se derivan de ellas, que se producen en las transferencias de los pacientes desde su ingreso hasta el alta, siendo este uno de los objetivos generales del hospital para la seguridad del paciente.

2-. RESPONSABILIDADES DE APLICACIÓN Y ALCANCE

La responsabilidad de la aplicación de este procedimiento recae sobre el personal sanitario que interviene en la asistencia del paciente (médicos, enfermeras, farmacéuticos y otros).

Este procedimiento se aplicará a todos los pacientes, procedentes de urgencias o programados, que ingresen en una unidad de hospitalización.

El alcance incluye también las transferencias de pacientes:

- En el ingreso.
- Entre servicios.
- Al alta.

Si tiene dudas con la interpretación de este documento o quiere hacer alguna mejora u observación, puede dirigirse a la Médica Documentalista del Servicio de Calidad y Documentación Clínica, Araceli Ruiz García, teléfono corporativo 754379 y correo electrónico: araceli.ruiz.sspa@juntadeandalucia.es.

3-. DEFINICIONES

Conciliación de la medicación. Proceso formal y estandarizado para obtener la lista completa de la medicación previa del paciente, compararla con la actual y analizar y resolver las discrepancias encontradas. Consiste en garantizar, a lo largo de toda la

atención sanitaria, que los pacientes reciben los medicamentos necesarios que estaban tomando previamente, asegurándose que están prescritos en la dosis, vía y frecuencia correcta y que se adecuan a la situación del paciente y/o a la nueva prescripción realizada en otro punto del sistema sanitario (hospital, urgencias, especialista en consultas externas, atención primaria...).

DIRAYA: historia clínica electrónica que actualmente se utiliza en Atención Primaria y en los Servicios de Urgencias de Hospitales en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

DIRAYA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA (DAH): historia clínica electrónica que actualmente se utiliza en el Hospital Universitario Reina Sofía y en los hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).

Farmatools: programa informático de gestión de dosis unitaria intrahospitalaria y prescripción electrónica.

Mejor historia farmacoterapéutica posible: información más fiable de historia farmacoterapéutica, obtenida mediante distintos recursos: entrevista, consulta de bases de datos de tratamiento, consulta con el médico de atención primaria y oficina de farmacia.

Receta electrónica. Es el modelo de prescripción y dispensación de los medicamentos y productos sanitarios incluidos en la financiación por el Sistema Sanitario Público de Andalucía. El médico la realiza a través de la aplicación informática de Historia de Salud Digital DIRAYA o DAH.

Para la dispensación de los productos prescritos por el médico, el paciente se dirige a una oficina de farmacia, donde presenta su tarjeta sanitaria como medio de autenticación y como dispositivo que sirve al farmacéutico, debidamente acreditado por el Servicio Andaluz de Salud, para acceder, vía web, al Módulo Central de Dispensación, donde consta la medicación prescrita y las características del tipo de financiación que corresponda al paciente (activo, pensionista, otros).

Equivalente terapéutico: Fármaco diferente en su estructura química del original, pero del que se espera un efecto terapéutico y un perfil de efectos adversos similares cuando se administra a un paciente a dosis equivalentes.

Errores de conciliación: aquellas discrepancias o diferencias no justificadas clínicamente entre la medicación crónica habitual del paciente y la nueva prescripción después de una transición asistencial, ya sea ingreso, traslado de unidad, alta hospitalaria, atención domiciliaria, asistencia a urgencias o a diferentes consultas médicas especializadas.

Cabe puntualizar que el error de conciliación es aquel que es aceptado como tal por el prescriptor después de solicitársele su aclaración. En este sentido, es necesario documentar y/o comunicar adecuadamente los cambios de medicación realizados por el Servicio de Farmacia al responsable sanitario del paciente y al mismo paciente.

Una discrepancia no constituye necesariamente un error. De hecho, la mayor parte de las discrepancias obedecen a:

- ◆ La adaptación de la medicación crónica al nuevo estado clínico del paciente.
- ◆ La realización de exploraciones y/o intervenciones con las que la medicación habitual pudiera interferir.
- ◆ El inicio de nueva medicación justificada por la situación clínica.

Se entiende que una discrepancia:

- Es justificada cuando se explica por las condiciones del paciente o se justifica cuando se consulta con el médico.
- Es un error de conciliación cuando no se explica por las condiciones clínicas del paciente, no estaba justificada en el curso clínico o informe médico y es aceptada como error por el prescriptor después de solicitar su aclaración.

Son errores de conciliación, entre otros, aquellos no intencionados como pueden ser la omisión de una medicación habitual necesaria para el paciente, la continuidad de una medicación no justificada o la contraindicación de algún medicamento con la situación clínica del paciente.

CLASIFICACIÓN DE LAS DISCREPANCIAS DE CONCILIACIÓN

Entre los diversos errores de conciliación que se pueden producir, los más frecuentes son los siguientes:

| DISCREPANCIA JUSTIFICADA QUE NO REQUIERE ACLARACIÓN |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Decisión médica de no prescribir un medicamento.▪ Decisión médica de cambio posológico o de vía de administración de un medicamento en base a la nueva situación clínica▪ Inicio de nueva medicación justificada por la situación clínica.▪ Sustitución terapéutica según las guías farmacoterapéuticas vigentes y/o los programas de intercambio terapéutico. |
| DISCREPANCIA QUE REQUIERE ACLARACIÓN |
| <ul style="list-style-type: none">▪ Omisión de medicamento: el paciente tomaba un medicamento necesario y no se ha prescrito sin que exista justificación clínica explícita o implícita para omitirlo.▪ Diferente dosis, vía o frecuencia de un medicamento: se modifica la dosis, vía o frecuencia que el paciente tomaba sin que exista justificación clínica explícita o implícita para ello.▪ Prescripción incompleta: la prescripción del tratamiento crónico se realiza de forma incompleta y requiere aclaración.▪ Medicamento equivocado: se prescribe un nuevo medicamento sin justificación clínica confundiendo con otro que el paciente tomaba y que no ha sido prescrito.▪ Inicio de medicación (discrepancia de comisión): se inicia un tratamiento que el paciente no tomaba antes y no hay justificación clínica, explícita o implícita, para el inicio.▪ Duplicidad: el paciente presenta una duplicidad entre la medicación previa y la nueva prescripción.▪ Interacción: el paciente presenta una interacción clínicamente relevante entre la medicación previa y la nueva prescripción.▪ Mantener medicación contraindicada: se continúa una medicación crónica contraindicada por la nueva situación clínica del paciente. |

4- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Con carácter general, todos los médicos del hospital deben realizar la conciliación de la medicación cuando se realiza la atención al paciente.

El Servicio de Farmacia participará activamente durante todo el proceso de conciliación de discrepancias entre la medicación que el paciente tomaba previamente y la medicación prescrita después de una transición asistencial o traslado dentro del mismo nivel asistencial.

4.1 Conciliación al ingreso

Consideraciones generales

Siempre que sea posible, se realizará la primera lista de medicación conciliada de forma inmediata, al ingreso.

Las fuentes de información para confeccionar el listado de tratamiento crónico del paciente son:

- Entrevista con el paciente, familiar y/o cuidador (un cuestionario validado para obtener la mejor historia farmacoterapéutica posible, que puede servir de ayuda, se adjunta como Anexo I). **Este paso es fundamental para detectar la adherencia al tratamiento prescrito.**
- Revisión del tratamiento aportado por el paciente.
- Consulta del histórico de prescripciones incluido en DIRAYA.
- Contacto con el médico de familia o con la farmacia comunitaria si es necesario.

En pacientes quirúrgicos programados:

1. La recogida de información sobre la medicación que toma el paciente previamente al ingreso y la conciliación, la realizará el médico anestesiólogo en la consulta o en planta, dejando constancia en la historia **de que se ha realizado la conciliación**. Se indicará en el apartado de **Prescripción Preoperatoria**, en el ítem **OTROS** de la hoja de preanestesia, con el siguiente texto: “MEDICACIÓN CONCILIADA”, “CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN”, “MEDICACIÓN CONTRASTADA”, “TRATAMIENTO REVISADO”, “TRATAMIENTO COMPROBADO”. Es de gran utilidad tener en cuenta la información previa existente en DIRAYA, por lo que el anestesiólogo incluirá la hoja de prescripción electrónica, si dispone de ella.
2. El cirujano, al indicar el ingreso, cumplimentará la hoja de preparación prequirúrgica y la de profilaxis antibiótica si se precisa.
3. La enfermera de planta verificará que el paciente ha cumplido el tratamiento que tenía prescrito y lo enviará por fax al Servicio de Farmacia, enviando al mismo tiempo:
 - La hoja de preparación preoperatoria que se encuentra en la carpeta del episodio y que aporta el paciente.
 - La hoja de solicitud de quimioprofilaxis antibiótica que se encuentra también en la carpeta del episodio y que aporta el paciente.
4. En caso de que la enfermera identifique que se ha producido algún incumplimiento en el tratamiento o este se ha modificado, **se lo comunicará de manera inmediata**

al facultativo responsable del paciente.

5. El farmacéutico validará el tratamiento prescrito, conciliará la medicación según el procedimiento del Servicio de Farmacia y lo comunicará al cirujano.
6. Tras la intervención quirúrgica, el cirujano prescribirá el tratamiento, teniendo en cuenta la lista de medicación conciliada por el anestesiólogo y validada por el Servicio de Farmacia.
7. En caso de que el farmacéutico identifique alguna discrepancia en dosis, pauta, vía de administración, medicamento extra u omisión, consultará con el médico responsable si la discrepancia es intencionada o no.
 - **En el caso de discrepancia intencionada**, debe estar documentada en la historia clínica para evitar situaciones de riesgo que puedan contribuir a un error futuro.
 - **En caso de discrepancias no justificadas**, el farmacéutico informará al médico responsable mediante la hoja de tratamiento o a la enfermera con la hoja de administración, de los equivalentes terapéuticos por los que se deben sustituir ciertos fármacos no incluidos en la guía farmacoterapéutica del hospital
 - En casos urgentes, la comunicación será telefónica.
8. El paciente aportará la medicación que viene tomando habitualmente de forma ambulatoria. En aquellos casos en que el medicamento no esté incluido en la guía farmacoterapéutica del centro, esta medicación será custodiada por la enfermera y se administrará al paciente durante su estancia en el hospital. De esta manera, se garantiza que todo el tratamiento es administrado por la enfermera durante el periodo de hospitalización.
9. Los cambios derivados de la conciliación de la medicación deben ser adecuadamente explicados al paciente y/o cuidador. Esta tarea la realizará el médico responsable en la planta de hospitalización, la enfermera o el farmacéutico, en su caso.

En pacientes médicos programados.

1. La recogida de información sobre la medicación que toma el paciente previamente al ingreso, la conciliación y la orden de tratamiento las realizará el médico que indica el ingreso, que dejará constancia escrita en la historia **de que se ha realizado la conciliación**. Si se utiliza el DAH, se hará una nota en el apartado **“Plan terapéutico”** de la anamnesis con alguno de los siguientes textos: “MEDICACIÓN CONCILIADA”, “CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN”, “MEDICACIÓN CONTRASTADA”, “TRATAMIENTO REVISADO”, “TRATAMIENTO COMPROBADO O CONSENSUADO”. Es de gran utilidad tener en cuenta la información existente en DIRAYA.
2. La enfermera de planta verificará el tratamiento que el paciente tenía prescrito en el domicilio y lo comunicará al Servicio de Farmacia, enviando la orden de tratamiento médico.
3. El farmacéutico validará el tratamiento prescrito según el procedimiento del Servicio de Farmacia.
4. En caso de que el farmacéutico identifique alguna discrepancia en dosis, pauta, vía de administración, medicamento extra u omisión, consultará con el médico responsable si la discrepancia es intencionada o no.
 - En el caso de discrepancia intencionada, debe estar documentada en la historia

clínica para evitar situaciones de riesgo que puedan contribuir a un error futuro.

- En caso de discrepancias no justificadas, el farmacéutico informará al médico responsable mediante la hoja de tratamiento o a la enfermera con la hoja de administración, de los equivalentes terapéuticos por los que se deben sustituir ciertos fármacos no incluidos en la guía farmacoterapéutica del hospital.
 - En casos urgentes, la comunicación será telefónica.
5. El paciente aportará la medicación que viene tomando habitualmente de forma ambulatoria. En aquellos casos en que el medicamento no esté incluido en la guía farmacoterapéutica del centro, esta medicación será custodiada por la enfermera y se administrará al paciente durante su estancia en el hospital. De esta manera, se garantiza que todo el tratamiento es administrado por la enfermera durante el periodo de hospitalización.
 6. Los cambios derivados de la conciliación de la medicación deben ser adecuadamente explicados al paciente y/o cuidador. Esta tarea la realizará el médico responsable en la planta de hospitalización, la enfermera o el farmacéutico, en su caso.

En pacientes que ingresan desde el Servicio de Urgencias

1. La recogida de información sobre la medicación que toma el paciente previamente al ingreso, la conciliación y la orden de tratamiento las realizará el médico especialista que se hace cargo del paciente, que dejará **constancia en la historia de que se ha realizado la conciliación**. Si se utiliza el DAH, se hará una nota en el apartado “**Plan terapéutico**” de la anamnesis con alguno de los siguientes textos: “MEDICACIÓN CONCILIADA”, “CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN”, “MEDICACIÓN CONTRASTADA”, “TRATAMIENTO REVISADO”, “TRATAMIENTO COMPROBADO O CONSENSUADO”. Es de gran utilidad tener en cuenta la información existente en DIRAYA.
2. La enfermera de planta verificará el tratamiento que el paciente tenía prescrito en el domicilio y lo comunicará al Servicio de Farmacia, enviando la orden de tratamiento médico. Si la enfermera detecta una discrepancia entre el tratamiento prescrito y la conciliación realizada por el médico especialista, contactará con dicho facultativo para resolver dicha discrepancia.
3. El farmacéutico validará el tratamiento prescrito según el procedimiento del Servicio de Farmacia.
4. El médico de la unidad de hospitalización prescribirá el tratamiento, teniendo en cuenta la lista de medicación conciliada y validada por el Servicio de Farmacia.
10. El paciente aportará la medicación que viene tomando habitualmente de forma ambulatoria. En aquellos casos en que el medicamento no esté incluido en la guía farmacoterapéutica del centro, esta medicación será custodiada por la enfermera y se administrará al paciente durante su estancia en el hospital. De esta manera, se garantiza que todo el tratamiento es administrado por la enfermera durante el periodo de hospitalización.
5. Los cambios derivados de la conciliación de la medicación deben ser adecuadamente explicados al paciente y/o cuidador. Esta tarea la realizará el médico responsable en la planta de hospitalización, la enfermera o el farmacéutico, en su caso.

4.2. Conciliación en la transferencia entre Servicios.

El médico del Servicio receptor hará la conciliación de la medicación y dejará constancia de ello en el DAH. Se hará una nota en el apartado “**Plan terapéutico**” de la anamnesis

El resto del proceso es similar al descrito en los puntos 2 al 6 del apartado anterior.

4.3. Conciliación al alta.

1. El médico que da el alta revisará la información disponible sobre la medicación que el paciente tomaba previamente al ingreso.
2. El médico comparará la medicación que el paciente tomaba previamente al ingreso con la orden de tratamiento activa durante la estancia en el hospital.

En el momento del alta es posible que los cambios introducidos sean revertidos o no, según el nuevo estado clínico del paciente, por lo que debe atenderse a la última lista de medicación conciliada, pero también a la lista de medicación habitual que se recogió al ingreso.

3. El día del alta, el farmacéutico revisará y validará el tratamiento.

En caso de que se identifique alguna discrepancia en dosis, pauta, vía de administración, medicamento extra u omisión, consultará con el médico responsable si la discrepancia es intencionada o no y se procederá como se ha descrito en otros apartados anteriores.

4. Los cambios derivados de la conciliación de la medicación deben ser adecuadamente explicados al paciente y/o cuidador, dejando **constancia escrita en la historia que se ha realizado la conciliación al alta**. Si se utiliza el DAH, se hará una nota en el apartado “**Plan terapéutico**” del informe de alta con alguno de los siguientes textos: “MEDICACIÓN CONCILIADA”, “CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN”, “MEDICACIÓN CONTRASTADA”, “TRATAMIENTO REVISADO”, “TRATAMIENTO COMPROBADO O CONSENSUADO”. El médico y/o la enfermera proporcionará información (de forma oral y escrita) sobre su tratamiento crónico y el nuevo prescrito, sobre la indicación, pauta posológica, forma de administración, efectos adversos frecuentes y duración del tratamiento, incluyendo un plan de horarios de administración.
5. Se entregará al paciente el informe de continuidad de cuidados con la medicación administrada el día del alta y el informe de alta médica, donde constará expresamente el tratamiento completo a seguir (incluido el domiciliario).

5.- BIBLIOGRAFÍA

1. Baena MI, Calleja MA, Romero JM, et al. Validación de un cuestionario para la identificación de problemas relacionados con los medicamentos en usuarios de un servicio de urgencias hospitalario. *Ars Pharmaceutica*. 2001;42;147-69.
2. Guía para la implantación de programas de Conciliación de la Medicación en los centros sanitarios. Societat Catalana de Farmàcia Clínica, 2009. Disponible en [Consultado el Feb 02 2021]: https://www.sefap.org/media/upload/arxiu/formacion/aula_fap_2010/bibliografia/Guia_conciliacion_medica_SCFC.pdf
3. Beatriz Calderón Hernanz, Aina Oliver Noguera, Santiago Tomás Vecina, María Isabel Baena Parejo, Milagros García Peláez, Ana Juanes Borrego, Miguel Ángel Calleja Hernández, Joan Altimiras Ruiz, Fermí Roqueta Egea, Manel Chánovas Borrás. Conciliación de los medicamentos en los servicios de urgencias. *Emergencias* 2013; 25: 204-217.

4. Janice L. Kwan, MD*; Lisha Lo, MPH*; Margaret Sampson, MLIS, PhD; and Kaveh G. Shojania, MD. Medication Reconciliation During Transitions of Care as a Patient Safety Strategy. A Systematic Review. *Ann Intern Med.* 2013; 158:397-403.
5. V. Saavedra-Quirós, E. Montero-Hernández, B. Menchén-Viso, E. Santiago-Prieto, Bermejo-Boixareu, J. Hernán-Sanz, A. Sánchez-Guerrero y J. Campo Loarte. Conciliación de la medicación al ingreso y alta hospitalaria. Una experiencia consolidada. *Revista de Calidad Asistencial*, 2016;31(S-1): 45-54.
6. San José-Ruiz B, Serrano de Lucas L, López-Giménez L.R., Baza-Martínez B, Sautua-Larreategui S, Bustinza-Txertudi A, Sebastián-Leza A, Chirivella-Ramón M.T., Fonseca-legrand J.L., De Miguel-Cascon M. Conciliación de la medicación al ingreso: resultados e identificación de pacientes diana. *Revista de Calidad Asistencial*, 2016;31(S-1): 36-44.
7. Agency for Healthcare Research and Quality. Patient Safety Primers. Medication Reconciliation. 2019. Disponible en [Consultado el Feb 02 2021]: <https://psnet.ahrq.gov/primer/medication-reconciliation>
8. Recomendaciones de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, Nº 37.- conciliación de la medicación. 2019. Disponible en [Consultado el Feb 02 2021]: <https://www.acsa.junta-andalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/blog/recomendaciones/recomendacion-no-37-conciliacion-medicacion/>
9. Instituto para el uso seguro de los medicamentos (IMSP): Recomendaciones de prácticas seguras en la conciliación de la medicación al alta hospitalaria en pacientes crónicos. Disponible en [Consultado el Feb 02 2021]: <http://www.ismp-espana.org/estaticos/view/154>
10. Recomendaciones de Prácticas Seguras en la Conciliación de la Medicación al Alta Hospitalaria en Pacientes Crónicos. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2019. Disponible en [Consultado el Feb 02 2021]: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Practicas-seguras-conciliacion-2019.pdf>

6. DOCUMENTOS ASOCIADOS

AX01- POE HURS – 018 – V3. Cuestionario Validado para obtener la mejor historia farmacoterapéutica posible.

7. LISTADO DE DISTRIBUCIÓN

Este procedimiento se puede consultar en la web del hospital http://hrs3.hrs.sas.junta-andalucia.es/index.php?id=profesionales_proced_generales

Y se ha remitido por correo electrónico a:

| NOMBRE Y APELLIDOS | SERVICIO / UNIDAD | FECHA |
|------------------------------------|-------------------------|-------|
| Valle García Sanchez | Directora Gerente | |
| Francisco de Asis Triviño Tarradas | Director Médico | |
| Rocío Segura Ruiz | Directora de Enfermería | |
| <u>Responsables asistenciales</u> | <u>Todas las UGC</u> | |

ANEXO 1.

CUESTIONARIO VALIDADO PARA OBTENER LA MEJOR HISTORIA FARMACOTERAPÉUTICA POSIBLE.

1. ¿Ha tomado algún medicamento en los últimos días? SI - NO.
2. ¿Sabe usted si es alérgico/a a algún medicamento en particular? SI/NO/ NO CONOCE, indicar nombre del medicamento:
3. Número de medicamentos que toma actualmente (a completar por el facultativo encuestador):
4. ¿Qué medicinas toma?

PARA CADA MEDICAMENTO COMPLETAR LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN A CONTINUACION

- ¿Puede decirme la dosis?
- ¿Cuándo lo toma? MAÑANA – TARDE – NOCHE - ANTES DE DORMIR
- ¿Vía de administración?
- Con respecto a las comidas lo toma: ANTES – DURANTE - DESPUES
- Aproximadamente desde cuando toma esta medicina: DÍAS – SEMANAS – MESES - AÑOS
- ¿Toma el medicamento a diario o hay periodos en los que no lo toma? CONTINUAMENTE - INTERMITENTEMENTE
- ¿Olvidó tomar la medicina ayer? SI – NO - NS/NC
- ¿Omitió tomar la dosis durante los últimos 5 días? SI – NO - NS/NC

UNA VEZ CONFIRMADO QUE TOMA EL MEDICAMENTO EN CUESTION CONTINUAR

- ¿Quién prescribió el medicamento? MEDICO FAMILIA - MEDICO ESPECIALISTA - MEDICO PRIVADO - FARMACEUTICO.
- ¿Puede decirme para qué le prescribieron el medicamento?
- ¿Hasta cuándo tiene que tomarlo aproximadamente? DÍAS – MESES – AÑOS - PARA SIEMPRE-NS/NC
- ¿Cómo consigue el medicamento?
- Medicamento de estrecho margen terapéutico: SI - NO
- Si es así: ¿Le sacan sangre para controlar esta medicina? SI – NO - NO SABE
- ¿Toma alguna planta medicinal? SI - NO
- En caso afirmativo, ¿Cuál toma?
- ¿Con que frecuencia la toma? DIARIA - OTRA; NÚMERO DE VECES AL DIA: