

**COMUNICACIÓN DE ACTIVIDAD DE VENTA DIRECTA DE MEDICAMENTOS DE USO HUMANO A
PROFESIONALES SANITARIOS, PARA SU UTILIZACIÓN EN CENTROS SANITARIOS**

1. DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA SUMINISTRADORA

Titular/es		DNI
Nº farmacia	Correo electrónico	
Dirección de la oficina de farmacia		Teléfono
Localidad		C.P.

2. DATOS DEL PROFESIONAL Y DEL CENTRO SANITARIO

Identificación del profesional Sanitario que solicita los medicamentos

Nombre y apellidos	DNI
Titulación	Nº de Colegiado

Datos del Centro sanitario en el que ejerce el profesional sanitario¹

Nombre del centro	
Tipo de centro	Nº de autorización sanitaria
<u>Datos de contacto</u>	
Nombre y apellidos	
Dirección	Teléfono
Localidad	C.P.
Correo electrónico	Teléfono

¹Se debe presentar una comunicación de actividad por cada centro sanitario al que se suministren medicamentos

3. RELACIÓN DE MEDICAMENTOS Y CANTIDADES (adjuntar en anexo, si es necesario)

[illegible]

4. DOCUMENTACION PRESENTADA (marque aquellos documentos aportados junto con esta comunicación)

☐	Informe, firmado por el responsable sanitario del centro, en el que se justifique la necesidad de disponer de los medicamentos solicitados, en base a la actividad del centro. Este documento debe incluir:
	• Información personal y profesional del responsable sanitario, así como del centro sanitario donde ejerce. • Relación de medicamentos a solicitar, indicación y cantidades previstas para un periodo determinado. • Justificación clínica de la necesidad de disponer de dichos medicamentos en base a la actividad del centro. • Fecha y firma del responsable sanitario del centro.
☐	Modelo de hoja de solicitud de los medicamentos (en formato papel o electrónico) que debe incluir:
	• Identificación personal y profesional del solicitante. • Identificación del centro sanitario donde ejerce el profesional sanitario (nombre, tipo de centro, número de autorización y datos de contacto). • Datos del medicamento y cantidad solicitada.
☐	Modelo de albarán de entrega en el que deben figurar los siguientes datos:
	• Identificación personal y profesional del solicitante. • Identificación del centro sanitario donde ejerce el profesional sanitario. • Datos del medicamento, incluyendo cantidad suministrada y lote. • Datos de la farmacia, fecha y firma.
☐	PNT que describa la actividad de venta directa a profesionales sanitarios de medicamentos de uso humano
	En caso de no adjuntar el PNT a esta comunicación, se le recuerda que deberá estar a disposición de la inspección farmacéutica

En el caso de que el profesional sanitario solicite posteriormente nuevos medicamentos, no incluidos en esta comunicación, se deberá actualizar la comunicación de actividad, con una periodicidad anual, debiendo remitir la relación actualizada de medicamentos solicitados junto con el correspondiente informe de justificación. No obstante, si el medicamento solicitado, no incluido en la comunicación inicial, está clasificado como de uso hospitalario (Ej. Toxina botulínica), se debe presentar la actualización de la comunicación de actividad, con carácter previo al suministro del medicamento, con el fin de que la Sección de Inspección Farmacéutica autorice dicho suministro, una vez verificada su idoneidad.

Los datos personales aportados en esta solicitud serán incluidos en el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios, del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, de acuerdo a lo previsto en la Ley 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal.

En _____ a _____ de _____ de 20____

Firma(s) titular/es