

Anexo B: CONSENTIMIENTO INFORMADO.

1. D/D^a deseo participar en el programa de sistemas de dosificación personalizada de la farmacia
2. Entiendo que dicho programa consiste en el acondicionamiento de la medicación en un sistema de dosificación personalizada.
3. Participo de forma totalmente voluntaria en dicho programa y podré dejar de participar en este programa cuando lo estime oportuno simplemente revocando este consentimiento cumplimentando el apartado revocación del mismo.
4. Participar en este proyecto implica, si se hace a partir de envases comerciales, dejar los medicamentos en sus envases originales en la farmacia donde es responsabilidad del farmacéutico su correcta custodia y conservación.
5. Me comprometo a:
 - o comunicar al farmacéutico cualquier variación en mi medicación.
 - o cumplir las condiciones de conservación y seguridad del blister.
 - o entregar los dispositivos vacíos de las semanas anteriores para la comprobación del cumplimiento, posible errores de utilización...
6. El farmacéutico:
 - o me comunicará cualquier problema relacionado con el medicamento que pudiera detectar.
 - o me suministrará la información necesaria para la correcta utilización de los dispositivos de dosificación personalizada y de los propios medicamentos.
7. Autorizo al farmacéutico al tratamiento de mis datos personales necesarios para la participación en el programa*.

Nombre del paciente o representante legal:

.....
Firma del paciente o representante legal:

Fecha:

Nombre del farmacéutico:

.....
Firma del farmacéutico:

Fecha:

*Los datos personales facilitados para la inclusión en el programa sistemas de dosificación personalizada serán incluido en un fichero denominado SPD, debidamente inscrito en la Agencia Española de Protección de Datos, cuyo responsable es la farmacia(INDICAR TODOS LOS DATOS DEL RESPONSABLE DEL FICHERO, INCLUIDO LA DIRECCIÓN.....), cuentan con todas las medidas de seguridad necesarias de acuerdo a la Ley de Protección de Datos, serán tratados únicamente con la finalidad de gestionar los dispositivos de dosificación personalizados del paciente, los datos podrán ser cedidos o comunicados a profesionales sanitarios, familiares y/o cuidadores relacionados con el paciente con objeto de corroborar el tratamiento y/o mejorar la adherencia al mismo, en ningún caso se utilizarán con fines de publicidad o promoción comercial, están sometidos al secreto profesional del farmacéutico. Las personas cuyos datos están registrados en estos ficheros tienen derecho a acceder a los mismos, rectificarlos o cancelarlos, cuando lo consideren oportuno dirigiéndose a esta misma farmacia en los términos previstos legalmente.

APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, revoco el consentimiento arriba indicado de participación en el programa de sistemas de dosificación personalizada de la farmacia

Firma:

Fecha: