



INFORME PARA EL VISADO DE LAS RECETAS PRESCRITAS CON EL MEDICAMENTO BUPRENORFINA-NALOXONA

DATOS DEL USUARIO

| | |
|---------------------|----------------|
| Apellidos y nombre | |
| Fecha de nacimiento | Nº de historia |
| NUHSA | NUSS |

DATOS DEL MÉDICO Y DEL CENTRO

| | | |
|--------------------|--------------|---------------------|
| Apellidos y nombre | | |
| CNP o Nº Colegiado | Especialidad | |
| Nombre del centro | Localidad | Teléfono del centro |

DATOS DEL MEDICAMENTO

| | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| Nombre del medicamento | |
| Número de unidades por toma | Horas entre tomas |
| Fecha de inicio del tratamiento | Duración del tratamiento en días |

INDICACIÓN

Tratamiento de sustitución de la dependencia de opioides en adultos y adolescentes mayores de 15 años, que han dado su conformidad para recibir tratamiento por una adicción, en el marco de un tratamiento médico, social y psicológico.

| | |
|-------|--------------------------|
| Fecha | Firma y sello del médico |
|-------|--------------------------|