

## **Full d'informació i consentiments del servei de seguiment farmacoterapèutic amb sistemes personalitzats de dosificació de medicaments**

### Informació del servei

- El servei de seguiment farmacoterapèutic amb sistemes personalitzats de dosificació (SPD) de medicaments té l'objectiu de fer que l'ús de la medicació que li ha estat prescrita sigui racional, segur i eficient, per millorar el seu compliment terapèutic, i poder fer un seguiment dels efectes farmacològics del seu tractament.
- El farmacèutic o la farmacèutica li proporciona a vostè o, si és el cas, a la persona que en té la representació, la guarda de fet o la persona que, d'acord amb la legislació sanitària vigent, pugui atorgar el seu consentiment per substitució, tota la informació oral i escrita necessària per a la comprensió dels objectius i el funcionament del servei de seguiment farmacoterapèutic amb sistemes personalitzats de dosificació de medicaments, en llenguatge clar i entenedor.
- Se li facilita la informació necessària per tal que pugui fer un bon ús dels medicaments així com del dispositiu SPD, i se li lliura un full d'instruccions d'ús del dispositiu.
- Si atorga el seu consentiment per rebre aquest servei, la persona titular de farmàcia li prepararà la medicació amb un sistema personalitzat de dosificació.
- En aquest cas, haurà de deixar en dipòsit a la farmàcia la medicació que se li ha dispensat prèviament, i donar el seu consentiment a la persona titular de farmàcia per custodiar la medicació amb la finalitat que la utilitzi posteriorment per a la preparació dels seus dispositius SPD.
- Caldrà que presenti a la farmàcia, amb antelació suficient, la prescripció mèdica que avaluï un canvi en la medicació o avisar de qualsevol altra circumstància que pugui modificar les condicions inicials del seu tractament.
- Vostè es pot donar de baixa lliurement de la prestació d'aquest servei en qualsevol moment, sense que això repercuteixi en la seva atenció mèdica i sanitària, i sense cap mena de penalització, recuperant la medicació que hi hagués en dipòsit a l'oficina de farmàcia en aquell moment, sense cost addicional.
- Pot autoritzar a una persona per recollir, en el seu nom, la seva medicació i les indicacions o instruccions de la persona titular de farmàcia.
- La persona titular de farmàcia compartirà la informació sobre la medicació que vostè pren amb el professional mèdic que el tracta.

### Protecció de dades i confidencialitat

- Les seves dades identificatives i de salut de forma estrictament confidencial, tot complint amb la normativa de protecció de dades, és a dir, la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i Garantia dels Drets Digitals (LOPDGDD) i el Reglament (UE) 2016/679 del Parlament europeu i del Consell, de 27 d'abril del 2016 de Protecció de Dades (RGPD).

- El responsable del tractament de les seves dades és la persona titular de farmàcia.
- La finalitat del tractament és la prestació del servei de seguiment farmacoterapèutic amb sistemes personalitzats de dosificació.
- Els terminis o criteris de conservació de les seves dades seran els establerts per a l'arxiu de documentació clínica fixats pel Departament de Salut.
- El responsable tant sols tractarà les seves dades basant-se en el seu consentiment explícit conforme a l'article 6.1.a) i 9.2.a) RGPD i LOPDGDD.
- La prestació del servei requerirà que la persona titular de l'oficina de farmàcia comparteixi la informació sobre la medicació que vostè pren amb el professional mèdic que el tracta
- L'informem que pot exercir els drets següents: dret d'accés, rectificació, supressió, oposició, limitació del tractament o la portabilitat de les dades. En cas que vulgui exercitar els seus drets, o si vostè vol conèixer més informació sobre el tractament de les seves dades, es podrà dirigir al responsable del tractament. Així mateix, si vostè no està conforme, podrà dirigir-se al Delegat de Protecció de Dades del responsable i/o a l'Autoritat Catalana de Protecció de Dades (APDCAT).

#### Compromisos del farmacèutic o farmacèutica titular de la farmàcia

- Garanteix la confidencialitat de la seva informació.
- No tracta les seves dades per a finalitats diferents per a les quals se l'ha autoritzat, de conformitat amb el que disposa la normativa vigent en matèria de protecció de dades de caràcter personal.
- Segueix els procediments normalitzats de treball establerts, a custodiar degudament els seus medicaments dipositats en l'oficina de farmàcia i els utilitza exclusivament per a la preparació dels seus dispositius SPD.
- Li facilita la informació necessària per tal que pugui utilitzar correctament els dispositius SPD i els medicaments que continguin.
- Fa un seguiment del seu tractament farmacològic per tal de millorar el compliment terapèutic i de prevenir, detectar i resoldre problemes relacionats amb la seva medicació, de forma coordinada amb els professionals responsables del seu tractament farmacològic.

Signatura de/la titular de l'oficina de farmàcia

Data

## CONSENTIMENT INFORMAT

*\*aquest consentiment ha d'anar acompanyat del full d'informació\**

### Dades identificatives del pacient

Nom                                  Primer cognom                                  Segon cognom                                  Edat

#### Tipus d'identificació

DNI/NIF                                   NIE                                  Número identificador del document – lletra

### Dades identificatives de la persona representant del pacient (si escau)

Nom                                  Primer cognom                                  Segon cognom

#### Tipus d'identificació

DNI/NIF                                   NIE                                  Número identificador del document – lletra

Representant legal (aportar documentació justificativa)

Altres                                  Indicar i aportar documentació justificativa:

#### **En cas de representació legal de menor per part dels progenitors:**

Declaro responsablement que tinc la potestat parental sobre el meu fill/la i que no concorre cap circumstància que restringeixi o limiti de cap forma les facultats de representació que la potestat parental esmentada em confereix.

### **Declaro:**

-Que he estat informat/da per la persona titular de farmàcia, del servei de seguiment farmacoterapèutic amb sistemes personalitzats de dosificació (SPD) per a l'ús de la medicació prescrita d'una manera més racional, segura i eficient, per un seguiment dels efectes farmacològics del seu tractament i per al seu compliment terapèutic.

-Que he llegit i entès la informació sobre aquest servei, en què consisteix i la seva utilitat.

-Que he rebut una resposta satisfactòria a totes les meves preguntes i, quan no he entès alguna de les paraules, el/la professional farmacèutic/a me n'ha explicat el significat.

-Que autoritzo a la persona titular de farmàcia per tal que em proporcioni el servei de seguiment farmacoterapèutic, em prepari la medicació amb un sistema personalitzat de dosificació i comparteixi la informació sobre la medicació que prenc amb el/la professional de a medicina que em tracta.

-Que he estat informat/da de la possibilitat de revocar el consentiment per rebre aquest servei en qualsevol moment, sense haver de justificar la meva decisió i sense tenir conseqüències negatives.

-Que el nom de la persona que autoritzo per a recollir en el meu nom la medicació i les indicacions o instruccions de la persona titular de farmàcia és ....., amb DNI.....

## CONSENTIMENT PER AL TRACTAMENT DE DADES PERSONALS

---

Dono el meu consentiment explícit per al tractament de les meves dades personals identificatives i de salut per poder rebre el servei de seguiment farmacoterapèutic amb sistema personal de dosificació i per tal que la persona titular de farmàcia pugui compartir la informació sobre la medicació que prenc amb el/la professional de la medicina que em tracta.

Signatura del/la pacient i/o representant

DNI:

Data:

### Revocació del consentiment:

---

Jo, .....de forma lliure i conscient he decidit retirar el consentiment:

- Per rebre el servei de seguiment farmacoterapèutic amb sistema personalitzat de dosificació i per tal que la persona titular de farmàcia pugui compartir la informació sobre la medicació que em prenc amb el/la professional de la medicina que em tracta.

- Per al tractament de les meves dades personals per rebre el servei de seguiment farmacoterapèutic amb sistema personalitzat de dosificació i per tal que la persona titular de farmàcia pugui compartir la informació sobre la medicació que em prenc amb el/la professional de la medicina que em tracta

Signatura del/la pacient i/o representant:

DNI:

Data:

### Informació sobre protecció de dades

---

**Responsable del tractament:** [indicar nom complet, adreça, dades contacte, adreça electrònica titular oficina farmàcia, adreça electrònica DPD]

**Finalitat:** Gestionar el servei de seguiment farmacoterapèutic i la preparació de la medicació personalitzada.

**Legitimació:** consentiment

**Destinataris:** Les vostres dades es podran transferir als facultatius amb la finalitat indicada.

**Drets de les persones interessades:** Podeu sol·licitar l'accés, la rectificació, la supressió, la oposició o la limitació del tractament de les vostres dades. Podeu retirar el vostre consentiment Procediment per exercir els vostres drets a: [indicar titular de l'oficina de farmàcia] Teniu dret a reclamar davant l'Autoritat de Control o, si n'hi ha, davant de la persona delegada de protecció de dades del responsable.