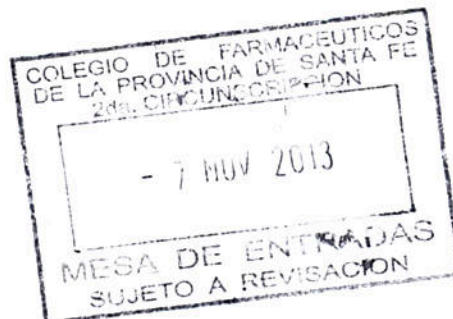




MINISTERIO DE SALUD



DECISION N° 203/13

Rosario, 31 de Octubre de 2013.-

VISTO:

El dictado de la Resolución N° 195/2013, emanada del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, mediante la cual se adhiere a la Disposición N° 0247/2013, emitida por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica, la que incorpora al sistema Nacional de Trazabilidad de Medicamentos, aquellas especialidades medicinales –solo once (11)- que contengan ingredientes farmacéuticos activos (IFAS) que comprende a los denominados psicotrópicos y estupefacientes, ya sea como monodroga o en asociación con cualquier otro IFA y en todas sus formas farmacéuticas; y que por lo tanto resulta conveniente autorizar específicamente una nueva modalidad opcional, en la registración del movimiento de todas las sustancias psicotrópicas y estupefacientes y en la registración de las dispensas en el Libro Recetario de dichas sustancias, ampliándose en este último a todos los medicamentos de venta bajo receta (arts. 69 y 72 Ley 2.287) que hoy se realiza en forma manual, y ;

CONSIDERANDO:

Que en orden a la considerable cantidad de asientos que deben efectuarse manualmente, en los Libros denominados “Recetario”, “Psicotrópicos” y “Estupefacientes” de acuerdo al volumen diario de estos medicamentos en condición de venta bajo receta y receta archivada que comercializan los diferentes establecimientos farmacéuticos, ya sean Farmacias o Droguerías, lo que implica un trabajo arduo para el Director Técnico, ya que debe dedicarle muchas horas a esta tarea;

Que en diversas inspecciones de rutina realizadas por inspectores farmacéuticos, dependiente de este Departamento de Inspección de Farmacia, se verificó la dificultad del registro en tiempo y forma de los libros, esto argumentado por los Directores Técnicos, que deben realizar dicha actividad en forma manual, resultando asimismo anti práctica la fiscalización y control de dichos medicamentos, no solo para los inspectores sino también para los farmacéuticos que están a cargo del establecimiento.

ARTICULO 1º) ESTABLECER como **SISTEMA ESPECIAL OPCIONAL** de registraci3n de drogas y/o medicamentos de asiento obligatorio en el llamado Libro Recetario, en el caso de Farmacias; Libro Contralor de Psicotr3picos y Libro Contralor de Estupefacientes, en el caso de Droguerías y Farmacias, la utilizaci3n de hojas A4 m3viles, foliadas, selladas y firmadas por la Autoridad Sanitaria, en las cuales se imprimirá semanalmente el movimiento de dichas sustancias, se firmarán al pie por el Director T3cnico y se archivarán en orden de semana creciente, de modo de tener actualizado los datos para un mejor control y fiscalizaci3n sanitaria. Adem3s, la Planilla de Movimientos de Estupefacientes y Psicotr3picos puede realizarse de la misma forma (Anexo VII y VIII)

ARTICULO 2º) DISPONER que los sujetos que adhieran al presente sistema deberán comunicarlo a la autoridad sanitaria (según anexo VI) y proveer las hojas A4 para su foliado, sellado y firmado, luego confeccionar el registro conforme a la forma establecida en los anexos I, II, III, IV y V según se trate de Droguería o Farmacia.

ARTICULO 3º) COMUNICAR al Colegio de Farmac3uticos 1º y 2º Circunscripci3n para conocimiento de los Colegiados.

ARTICULO 4º) REGÍSTRESE, pase a los Sres. Inspectores y luego **ARCHÍVESE**.



[Handwritten signature]
VIVIANA VAHIEU
FARMACEUTICA - Mat. 2048
Jefa Dpto. Inspecci3n de Farmacia 2da. Circ.
Direcci3n de Bioquímica, Farmacia y D.C.
MINISTERIO DE SALUD

DIRECCI3N DE BIOQUÍMICA, FARMACIA Y DROGUERÍA CENTRAL
Departamento de Inspecci3n de Farmacia 2da Circunscripci3n
San Luis 979 PB. (C.P. 2000) – Rosario
TEL. (0341) 472-1321

ANEXO II

LIBRO OFICIAL DE CONTROL DE ESTUPEFACIENTES (DROGUERÍAS)

CÓDIGO DEL PRODUCTO:

SEMANA N°:

MEDICAMENTO (NOMBRE DE FANTASÍA, DOSIS Y FORMA FARMACÉUTICA):

*ENTRADAS	*SALIDAS	*****
------------------	-----------------	--------------

Fecha *Procedencia Cantidad *Farmacia Localidad Provincia N° N° y Cantidad Saldo
d/m/año Factura serie
VALE

ANEXO III

LIBRO OFICIAL DE CONTROL DE PSICOTRÓPICOS (DROGUERÍAS)

CÓDIGO DEL PRODUCTO:

SEMANA N°:

MEDICAMENTO (NOMBRE DE FANTASÍA, DOSIS Y FORMA FARMACÉUTICA):

*ENTRADAS	*SALIDAS	*****
------------------	-----------------	--------------

Fecha d/m/año	*Procedencia	Cantidad	*Farmacia	Localidad	Provincia	N° Factura	N° y serie VALE	Cantidad	Saldo
------------------	--------------	----------	-----------	-----------	-----------	---------------	-----------------------	----------	-------

ANEXO IV

LIBRO OFICIAL DE CONTROL DE ESTUPEFACIENTES (FARMACIA)

MEDICAMENTO (NOMBRE DE FANTASÍA, DOSIS Y FORMA FARMACÉUTICA):
SEMANA N°:

Fecha entrada o salida d/m/año	Entradas			Salidas			Saldo	
	*Vale (serie y N°)	*Droguería (proveedor)	*N° de Fact	*Cant	Médico	*N° del LR	*N° RpO	*Cant

ANEXO V

LIBRO OFICIAL DE CONTROL DE PSICOTRÓPICOS (FARMACIA)

MEDICAMENTO (NOMBRE DE FANTASÍA, DOSIS Y FORMA FARMACÉUTICA):
SEMANA N°:

Fecha entrada o salida d/m/año	Entradas		Salidas				Saldo	
	*Vale (serie y N°)	*Droguería (proveedor)	*N° de Fact	*Cant	Médico	*N° del LR	*N° RpO	*Cant

ANEXO VI

LOCALIDAD, FECHA.

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de farmacia, Bioquímica y Drog. Central
Departamento de Inspección de Farmacia
S _____ / _____ D

En carácter de titular de Farmacia....., Farm.
....., Mat. Comunico mi decisión de optar por el registro informático de
las dispensas en mi oficina de Farmacia según decisión N°

Adjunto a la presente los folios para su rubricación, Libro
recetario, Libro Contralor de Psicotrópicos y Libro Contralor de Estupefacientes. Para su
correspondiente aprobación por parte de este Departamento.

Sin más, saludamos Atte.

ANEXO VII

**PLANILLA DE MOVIMIENTOS DE PSICOTROPICOS
MES:**

**FARMACIA:
DOMICILIO:**

**DIRECTOR TÉCNICO:
LOCALIDAD:**

Nº Libro Recetario	FECHA	Nº Receta Oficial	Nombre del Prescriptor	Sustancia o Preparado	Cantidad
-------------------------------	--------------	------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	-----------------

ANEXO VIII

**PLANILLA DE MOVIMIENTOS DE ESTUPEFACIENTES
MES:**

**FARMACIA:
DOMICILIO:**

**DIRECTOR TÉCNICO:
LOCALIDAD:**

Nº Libro Recetario	FECHA	Nº Receta Oficial	Nombre del Prescriptor	Sustancia o Preparado	Cantidad
-------------------------------	--------------	------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	-----------------

ANEXO VI

LOCALIDAD, FECHA.

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de farmacia, Bioquímica y Drog. Central
Departamento de Inspección de Farmacia
S _____ / _____ D

En carácter de titular de Farmacia....., Farm.
....., Mat. Comunico mi decisión de optar por el registro informático de
las dispensas en mi oficina de Farmacia según decisión N°

Adjunto a la presente los folios para su rubricación, Libro
recetario, Libro Contralor de Psicotrópicos y Libro Contralor de Estupefacientes. Para su
correspondiente aprobación por parte de este Departamento.

Sin más, saludamos Atte.

ANEXO VII

**PLANILLA DE MOVIMIENTOS DE PSICOTROPICOS
MES:**

**FARMACIA:
DOMICILIO:**

**DIRECTOR TÉCNICO:
LOCALIDAD:**

N° Libro Recetario	FECHA	N° Receta Oficial	Nombre del Prescriptor	Sustancia o Preparado	Cantidad
-------------------------------	--------------	------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	-----------------

ANEXO VIII

**PLANILLA DE MOVIMIENTOS DE ESTUPEFACIENTES
MES:**

**FARMACIA:
DOMICILIO:**

**DIRECTOR TÉCNICO:
LOCALIDAD:**

Nº Libro Recetario	FECHA	Nº Receta Oficial	Nombre del Prescriptor	Sustancia o Preparado	Cantidad
-------------------------------	--------------	------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	-----------------

ANEXO IV

LIBRO OFICIAL DE CONTROL DE ESTUPEFACIENTES (FARMACIA)

MEDICAMENTO (NOMBRE DE FANTASÍA, DOSIS Y FORMA FARMACÉUTICA):
SEMANA N°:

Fecha entrada o salida d/m/año	Entradas			Salidas			Saldo	
	*Vale (serie y N°)	*Droguería (proveedor)	*N° de Fact	*Cant	Médico	*N° del LR	*N° RpO	*Cant

ANEXO V

LIBRO OFICIAL DE CONTROL DE PSICOTRÓPICOS (FARMACIA)

MEDICAMENTO (NOMBRE DE FANTASÍA, DOSIS Y FORMA FARMACÉUTICA):
SEMANA N°:

Fecha entrada o salida d/m/año	Entradas		Salidas				Saldo	
	*Vale (serie y N°)	*Droguería (proveedor)	*N° de Fact	*Cant	Médico	*N° del LR	*N° RpO	*Cant