

Registro de Capacitación del médico prescriptor

Fecha de capacitación (si aplica):	
Nombre del entrenador (si aplica)	
Datos del profesional prescriptor:	
Nombre:	
Matrícula:	
Institución:	
Teléfono de contacto:	
Mail de contacto:	
Temario:	
<input checked="" type="checkbox"/> Prospecto <input checked="" type="checkbox"/> Información sobre el Registro de pacientes y firma del Consentimiento informado <input checked="" type="checkbox"/> Posología y modo de administración <input checked="" type="checkbox"/> Precauciones, advertencias y reacciones advertencias <input checked="" type="checkbox"/> Notificación de reacciones adversas <input checked="" type="checkbox"/> Monitoreo del paciente Otro.....	
Material de entrega al profesional:	
<input checked="" type="checkbox"/> Prospecto <input checked="" type="checkbox"/> Información para el paciente <input checked="" type="checkbox"/> Guía de manejo de Nibclus para el profesional de la salud <input checked="" type="checkbox"/> Guía para el paciente o aquellos que lo asistan <input checked="" type="checkbox"/> Formulario de Registro de pacientes <input checked="" type="checkbox"/> Formulario de Consentimiento Informado <input checked="" type="checkbox"/> Carta de comunicación dirigida al Profesional sanitario	
Yo doy el consentimiento para incluir mis datos en la base de datos de médicos prescriptores de Nibclus a Laboratorio Varifarma quien cuidará la información con acceso restringido. Entiendo que la misma puede ser transmitida a la autoridad sanitaria.	