

Plan de Gestión de Riesgos (PGR)

REGISTRO DE FARMACÉUTICOS

DATOS DEL FARMACÉUTICO

Nombre y Apellido: _____

Lugar de trabajo: _____

Dirección: _____ Código postal: _____

Provincia: _____ Localidad: _____

Especialidad: _____

Matrícula Nacional N°: _____ Matrícula Provincial N°: _____

E-mail: _____ Teléfono: _____

LISTADO DE DOCUMENTACIÓN ENTREGADA

Dejo constancia que en el día de la fecha he recibido del representante de **Laboratorio Eczane** la información y el material del **Plan de Gestión de Riesgos (PGR) para Ledane®**:

- Información para profesionales sanitarios sobre el Plan de Gestión de Riesgos de Ledane® (Anexo 3).
- Tarjeta de seguimiento para el paciente (Anexo 8) a modo de ejemplo ya que el paciente concurrirá a la farmacia con su tarjeta personal.

Firma y sello del farmacéutico

Lugar y Fecha

Para mayor información acerca de la prescripción con Ledane® contáctese con:

LABORATORIO ECZANE PHARMA S.A. **Laprida 43, Avellaneda, Provincia de Buenos Aires** **Tel: 11 5263-9727 int 957**  **11 3187-4801**  **fvg@eczane.com.ar****DIRECCIÓN TÉCNICA: Farmacéutico Jose Luis Cambiaso**