|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre Establecimiento: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Municipio: | |  | | | | | | | | Depto.: | |  | | | | Número Licencia: | |  | |
| Director Técnico: | |  | | | | | | | | No. Cédula: | |  | | | | Teléfonos: | |  | |
| **MOVIMIENTO DE ESTUPEFACIENTES Y SICOTRÓPICOS EN GRAMOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Las casillas de las sustancias que no han tenido movimiento durante el mes deben ser marcadas con cero** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Estupefacientes** | | **Vienen** | | | | **Entran** | | **Salen** | **Saldo** | | **Sicotrópicos** | | **Vienen** | | **Entran** | | **Salen** | | **Saldo** |
| Alfentanyl | |  | | | |  | |  |  | | Clonazepam | |  | |  | |  | |  |
| Codeína | |  | | | |  | |  |  | | Clordiazepóxido | |  | |  | |  | |  |
| Codeína Clorh | |  | | | |  | |  |  | | Diazepam | |  | |  | |  | |  |
| Codeína fosfato | |  | | | |  | |  |  | | Fenobarbital | |  | |  | |  | |  |
| Codeína sulfato | |  | | | |  | |  |  | | Fenproporex | |  | |  | |  | |  |
| Dextropropoxifeno | |  | | | |  | |  |  | | Fentermina | |  | |  | |  | |  |
| Difenoxilato | |  | | | |  | |  |  | | Flunitrazepam | |  | |  | |  | |  |
| Dihidrocodeína | |  | | | |  | |  |  | | Flurazepam | |  | |  | |  | |  |
| Etilmorfina | |  | | | |  | |  |  | | Halazepam | |  | |  | |  | |  |
| Fentanyl | |  | | | |  | |  |  | | Haloxazolam | |  | |  | |  | |  |
| Folcodina | |  | | | |  | |  |  | | Ketazolam | |  | |  | |  | |  |
| Hidrocodona | |  | | | |  | |  |  | | Lofl. De Etilo | |  | |  | |  | |  |
| Metadona | |  | | | |  | |  |  | | Loprazolam | |  | |  | |  | |  |
| Morfina Clorh | |  | | | |  | |  |  | | Lorazepam | |  | |  | |  | |  |
| Morfina sulfato | |  | | | |  | |  |  | | Lorazolam | |  | |  | |  | |  |
| Oxicodona | |  | | | |  | |  |  | | Mazindol | |  | |  | |  | |  |
| Petidina | |  | | | |  | |  |  | | Medazepam | |  | |  | |  | |  |
| Remifentanyl | |  | | | |  | |  |  | | Meprobamato | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | | | |  | |  |  | | Metilfenidato | |  | |  | |  | |  |
| **Sicotrópicos** | | **Vienen** | | | | **Entran** | | **Salen** | **Saldo** | | Midazolam | |  | |  | |  | |  |
| Alprazolam | |  | | | |  | |  |  | | Nitrazepam | |  | |  | |  | |  |
| Anfepramona | |  | | | |  | |  |  | | Pentobarbital | |  | |  | |  | |  |
| Bromazepam | |  | | | |  | |  |  | | Secobarbital | |  | |  | |  | |  |
| Buprenorfina | |  | | | |  | |  |  | | Tetrazepam | |  | |  | |  | |  |
| Clobazam | |  | | | |  | |  |  | | Triazolam | |  | |  | |  | |  |
| Clobenzorex | |  | | | |  | |  |  | | Zolpidem | |  | |  | |  | |  |
| **Otras sustancias** | | **Vienen** | | | | **Entran** | | **Salen** | **Saldo** | | **Otras sustancias** | | **Vienen** | | **Entran** | | **Salen** | | **Saldo** |
| Apomorfina | |  | | | |  | |  |  | | Misoprostol | |  | |  | |  | |  |
| Efedrina | |  | | | |  | |  |  | | Oxitocina | |  | |  | |  | |  |
| Eszopiclona | |  | | | |  | |  |  | | Zopiclona | |  | |  | |  | |  |
| Oxicodona en asociación\*\*\* | |  | | | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  | |  | | | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| **NOTAS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ESTUPEFACIENTE: Medicamento que puede adquirirse únicamente con Receta Oficial.**  **Es obligación del facultativo, cuando tenga que administrar Estupefacientes por más de cinco días a un mismo paciente, solicitar al Departamento de Regulación y Control de Productos Farmacéuticos y Afines la autorización de cuota semanal o quincenal para ese paciente.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SICOTRÓPICO: Medicamento que puede adquirirse con Receta Retenida Formal, la cual debe contener el nombre y dirección del paciente, sello, firma y número de colegiado del médico que prescribe, la cantidad prescrita tanto en números como en letras.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **\*\*\*Debe adquirirse con Receta Retenida Formal.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **En la receta debe indicarse claramente el nombre del medicamento prescrito** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Es obligación del establecimiento conservar clasificadas por mes y por sustancia las recetas despachadas durante veinticuatro meses a partir del mes reportado** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **YO, QUIEN FIRMO EL PRESENTE, DECLARO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON CIERTOS Y VERÍDICOS, Y PRESENTAN UN RESUMEN DE**  **LOS DOCUMENTOS FUENTE ORIGINALES EN PODER DEL ESTABLECIMIENTO IDENTIFICADO EN EL PRIMER RENGLÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mes reportado: | | | | | | | | Firma del Director Técnico  Sello del Director Técnico | | | | | | Firma del Propietario/Representante Legal  Sello de la Empresa | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Fecha del reporte: | | |  | |  | |  |

**Continúa Control de Cambios. Hoja 3 de 3 No es necesario para este Reporte.**