

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:	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prospecto ✓ Información sobre el Registro de pacientes y firma del Consentimiento informado ✓ Posología y modo de administración ✓ Precauciones, advertencias y reacciones advertencias ✓ Notificación de reacciones adversas ✓ Monitoreo del paciente 	
Otro.....	
Material de entrega al profesional:	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prospecto ✓ Información para el paciente ✓ Guía de manejo de Nibclus para el profesional de la salud ✓ Guía para el paciente o aquellos que lo asistan ✓ Formulario de Registro de pacientes ✓ Formulario de Consentimiento Informado ✓ Carta de comunicación dirigida al Profesional sanitario 	
<p>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 de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales. Entiendo que la misma puede ser transmitida a ANMAT. Además de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales, puedo requerir al administrador de la base de datos, dejen de recolectarse mis datos en dicha base.</p>	