



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este

FORMULARIO OFICIAL DE PEDIDO DE ESTUPEFACIENTE

Nº .....

(12)

DECRETO LEY Nº 22095

DECRETO SUPREMO Nº 023-2001-SA

REGLAMENTO DE ESTABLECIMIENTOS FARMACEUTICOS D.S. Nº 014-2011-SA (Art. 77º literal d)

(1) Señores: ANM / ARM / OD : .....

De conformidad con lo establecido en el Decreto Ley Nº 22095 y el Reglamento de estupefacientes, psicotrópicos, precursores y otras sustancias sujetas a fiscalización sanitaria, solicito ante su despacho, se sirva otorgar al suscrito(a), la autorización respectiva para adquirir las sustancias y/o productos estupefacientes, destinados al Establecimiento Farmacéutico:

(2) RAZON SOCIAL ..... Nº de REGISTRO .....
NOMBRE COMERCIAL ..... Nº R.U.C. ....
DIRECCIÓN: Calle/Jr./Av. .... Nº/ (Mz -Lt) ..... Urb. ....
DISTRITO ..... PROVINCIA ..... DEPARTAMENTO .....

(3) Dirección del Almacén de Destino (de corresponder): .....

(4) Autorizo que cualquier comunicación referida a este pedido de estupefaciente se realice a:

EMAIL: ..... CELULAR: ..... TELEFONO FIJO: ..... Anexo: .....

Asimismo, declaro que soy Director(a) Técnico(a) y declaro ASUMO RESPONSABILIDAD TÉCNICA Y LEGAL por la custodia, manejo y control de existencias.

Table with 4 columns: (5) CANTIDAD SOLICITADA EN UNIDADES, (6) DESCRIPCION, (7) FORMA DE PRESENTACION, (8) CANTIDAD AUTORIZADA (NUMEROS EN UNIDADES, LETRAS)

En la ciudad de ..... de ..... del 20.....

(9) Firma y sello Director Técnico C.Q.F.P Nº

(10) Sello del Establecimiento (Solicitante)

(11) Firma y sello del Responsable de Autorizar el Pedido (Solicitante) (ANM/ ARM / OD)

Fecha de la autorización: .....

(13) Firma y sello del Director Técnico del establecimiento (Entrega) Fecha de la entrega: .....

(14) Observaciones: .....



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Dirección de Redes  
Integradas de Salud  
Lima Este

## INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO

Numeral del Formulario	Instrucciones
1	Dirigir el documento a la Autoridad de Medicamentos de su jurisdicción
2	Llenar la información con datos registrados en el Registro Nacional de Establecimientos Farmacéuticos.
3	Aplica sólo para Almacenes Especializados, Droguerías y Laboratorios.
4	Consignar el email, celular y número de teléfono donde se enviará las comunicaciones, tales como: proforma, factura, fecha de recojo, confirmación de recepción, etc.
5	Consignar la cantidad (en unidades) de medicamentos a solicitar: por ejemplo: 2000 ampollas.
6	Consignar información del medicamento: DCI, concentración y forma farmacéutica y nombre comercial (de corresponder); por ejemplo: Morfina Clorhidrato 10mg/mL Solución Inyectable.
7	Consignar la forma de presentación autorizada para el medicamento solicitado; por ejemplo: caja x 50 ampollas.
8	El llenado del campo sombreado solo corresponde a la autoridad de medicamentos del ámbito de su jurisdicción (ANM/ ARM /OD).
9	Indicar N° de colegiatura, consignar firma y sello del director técnico del establecimiento farmacéutico que solicita el pedido de estupefaciente.
10	Sello del establecimiento farmacéutico que solicita el pedido de estupefaciente.
11 y 12	Firma y sello de la Autoridad de medicamentos competente que autoriza el pedido de estupefaciente (ANM/ ARM /OD), indicar fecha de la autorización y asignar una numeración correlativa al FOPE.
13	Indicar N° de colegiatura, consignar firma y sello del director técnico del establecimiento farmacéutico que atiende el pedido de estupefaciente (en el caso de importaciones debe ser el Jefe del Equipo de Productos Controlados de la DIGEMID)
14	Observaciones al pedido de estupefaciente, como, por ejemplo: atención de una cantidad menor, sin stock u otro.