

CENTRE SANITARI / CENTRO SANITARIO

MUNICIPI / MUNICIPIO

A DADES DEL/DE LA PACIENT / DATOS DEL/LA PACIENTE

COGNOMS / APELLIDOS

NOM / NOMBRE

NÚM. HISTÒRIA CLÍNICA / Nº. HISTORIA CLÍNICA

DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO

NÚM. TARGETA SANITÀRIA / Nº. TARJETA SANITARIA

B DADES DE LA PERSONA INTERESSADA / DATOS DE LA PERSONA INTERESADA

COGNOMS / APELLIDOS

NOM / NOMBRE

DNI

 DOMICILI (CARRER, PLAÇA, NÚMERO I PORTA)
DOMICILIO (CALLE, PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)

CP

LOCALITAT / LOCALIDAD

PROVÍNCIA / PROVINCIA

TELÈFON / TELÉFONO

APORTA DOCUMENTACIÓ ANNEXA / APORTA DOCUMENTACIÓN ANEXA

 SÍ

 NO

C EXPOSA / EXPONE

DESDE QUE ESTOY UTILIZANDO LAS NUEVAS AGUJAS PARA ADMINISTRARME LA INSULINA (EN PLUMA) DE MARCA B.BRAUN QUE ME DISPENSA LA GVA SANITAT, PADEZCO DIFERENTES PROBLEMAS QUE VOY A SEÑALAR CON UNA " X ":

___ SIENTO MÁS DOLOR AL PINCHAR Y /O RETIRAR LA AGUJA.

___ LAS AGUJAS HAN AUMENTADO DE LONGITUD. EL TAMAÑO QUE ME DAN ES DE 6 mm Y NO DE 5 mm COMO LAS ANTERIORES.

___ LAS AGUJAS TIENEN UN PRECINTO DE ESTERILIDAD QUE SE DESPRENDE INVOLUNTARIAMENTE POR LO QUE PIERDEN SU FUNCIÓN. ESTE PRECINTO DE ESTERILIDAD ES DE PAPEL Y TAMBIÉN SE PERFORA CUANDO LAS TRANSPORTO.

___ LAS AGUJAS NO ENROSCAN BIEN (NO SE TRATA DE DAR UNA VUELTA O DOS MAS), LO QUE PROVOCA QUE NO ENCAJEN CORRECTAMENTE Y, EN OCASIONES, HAYA PÉRDIDAS DE INSULINA QUE NO PUEDO CALIBRAR. EL RESULTADO ES QUE NO INTRODUCO EN MI CUERPO LA DOSIS CORRECTA, LO QUE PROVOCA UN CONTROL DEFICIENTE DE MI ENFERMEDAD.

___ HAN AUMENTADO LOS HEMATOMAS QUE ME OCASIONAN LOS PINCHAZOS.

___ LAS NUEVAS AGUJAS NO TIENEN UN 2º PROTECTOR INTERNO COMO LAS ANTERIORES, POR LO QUE AL RETIRAR EL ÚNICO PROTECTOR LA AGUJA PUEDE DAÑARSE.

___ SIENTO MÁS INTRANQUILIDAD Y ANGSTIA POR EL PINCHAZO.

___ LAS NUEVAS AGUJAS NO TIENEN UN 2º PROTECTOR INTERNO COMO LAS ANTERIORES, POR LO QUE AL RETIRAR EL ÚNICO PROTECTOR, ME PINCHO AL PREPARAR LA PLUMA

___ OTROS:.....

D SOL·LICITA / SOLICITA

SOLICITO QUE ME DISPEN AGUJAS DE CALIDAD IGUAL O SUPERIOR A LAS QUE ME DISPENSABAN ANTES DE LAS NUEVAS , YA QUE NUNCA ANTES TUVE LOS PROBLEMAS QUE LAS ACTUALES AGUJAS B.BRAUN ME ESTÁN OCASIONANDO.

_____ , _____ d _____ de _____

La persona interessada / La persona interesada

Firma: _____

 REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

Les dades de caràcter personal que conté l'imprès podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

 DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

CENTRE SANITARI / CENTRO SANITARIO

MUNICIPI / MUNICIPIO

A DADES DEL/DE LA PACIENT / DATOS DEL/LA PACIENTE

COGNOMS / APELLIDOS

NOM / NOMBRE

NÚM. HISTÒRIA CLÍNICA / Nº. HISTORIA CLÍNICA

DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO

NÚM. TARGETA SANITÀRIA / Nº. TARJETA SANITARIA

B DADES DE LA PERSONA INTERESSADA / DATOS DE LA PERSONA INTERESADA

COGNOMS / APELLIDOS

NOM / NOMBRE

DNI

 DOMICILI (CARRER, PLAÇA, NÚMERO I PORTA)
DOMICILIO (CALLE, PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)

CP

LOCALITAT / LOCALIDAD

PROVÍNCIA / PROVINCIA

TELÈFON / TELÉFONO

APORTA DOCUMENTACIÓ ANNEXA / APORTA DOCUMENTACIÓN ANEXA

 SÍ

 NO

C EXPOSA / EXPONE

DESDE QUE ESTOY UTILIZANDO LAS NUEVAS AGUJAS PARA ADMINISTRARME LA INSULINA (EN PLUMA) DE MARCA B.BRAUN QUE ME DISPENSA LA GVA SANITAT, PADEZCO DIFERENTES PROBLEMAS QUE VOY A SEÑALAR CON UNA " X ":

___ SIENTO MÁS DOLOR AL PINCHAR Y /O RETIRAR LA AGUJA.

___ LAS AGUJAS HAN AUMENTADO DE LONGITUD. EL TAMAÑO QUE ME DAN ES DE 6 mm Y NO DE 5 mm COMO LAS ANTERIORES.

___ LAS AGUJAS TIENEN UN PRECINTO DE ESTERILIDAD QUE SE DESPRENDE INVOLUNTARIAMENTE POR LO QUE PIERDEN SU FUNCIÓN. ESTE PRECINTO DE ESTERILIDAD ES DE PAPEL Y TAMBIÉN SE PERFORA CUANDO LAS TRANSPORTO.

___ LAS AGUJAS NO ENROSCAN BIEN (NO SE TRATA DE DAR UNA VUELTA O DOS MAS), LO QUE PROVOCA QUE NO ENCAJEN CORRECTAMENTE Y, EN OCASIONES, HAYA PÉRDIDAS DE INSULINA QUE NO PUEDO CALIBRAR. EL RESULTADO ES QUE NO INTRODUCO EN MI CUERPO LA DOSIS CORRECTA, LO QUE PROVOCA UN CONTROL DEFICIENTE DE MI ENFERMEDAD.

___ HAN AUMENTADO LOS HEMATOMAS QUE ME OCASIONAN LOS PINCHAZOS.

___ LAS NUEVAS AGUJAS NO TIENEN UN 2º PROTECTOR INTERNO COMO LAS ANTERIORES, POR LO QUE AL RETIRAR EL ÚNICO PROTECTOR LA AGUJA PUEDE DAÑARSE.

___ SIENTO MÁS INTRANQUILIDAD Y ANGUSTIA POR EL PINCHAZO.

___ LAS NUEVAS AGUJAS NO TIENEN UN 2º PROTECTOR INTERNO COMO LAS ANTERIORES, POR LO QUE AL RETIRAR EL ÚNICO PROTECTOR, ME PINCHO AL PREPARAR LA PLUMA

___ OTROS:.....

D SOL·LICITA / SOLICITA

SOLICITO QUE ME DISPEN AGUJAS DE CALIDAD IGUAL O SUPERIOR A LAS QUE ME DISPENSABAN ANTES DE LAS NUEVAS , YA QUE NUNCA ANTES TUVE LOS PROBLEMAS QUE LAS ACTUALES AGUJAS B.BRAUN ME ESTÁN OCASIONANDO.

_____ , _____ d _____ de _____

La persona interessada / La persona interesada

Firma: _____

 REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

 DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGANO COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÒRGANO COMPETENTE

Les dades de caràcter personal que conté l'imprès podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

CENTRE SANITARI / CENTRO SANITARIO

MUNICIPI / MUNICIPIO

A DADES DEL/DE LA PACIENT / DATOS DEL/LA PACIENTE

COGNOMS / APELLIDOS

NOM / NOMBRE

NÚM. HISTÒRIA CLÍNICA / Nº. HISTORIA CLÍNICA

DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO

NÚM. TARGETA SANITÀRIA / Nº. TARJETA SANITARIA

B DADES DE LA PERSONA INTERESSADA / DATOS DE LA PERSONA INTERESADA

COGNOMS / APELLIDOS

NOM / NOMBRE

DNI

 DOMICILI (CARRER, PLAÇA, NÚMERO I PORTA)
DOMICILIO (CALLE, PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)

CP

LOCALITAT / LOCALIDAD

PROVÍNCIA / PROVINCIA

TELÈFON / TELÉFONO

APORTA DOCUMENTACIÓ ANNEXA / APORTA DOCUMENTACIÓN ANEXA

 SÍ

 NO

C EXPOSA / EXPONE

DESDE QUE ESTOY UTILIZANDO LAS NUEVAS AGUJAS PARA ADMINISTRARME LA INSULINA (EN PLUMA) DE MARCA B.BRAUN QUE ME DISPENSA LA GVA SANITAT, PADEZCO DIFERENTES PROBLEMAS QUE VOY A SEÑALAR CON UNA " X ":

___ SIENTO MÁS DOLOR AL PINCHAR Y /O RETIRAR LA AGUJA.

___ LAS AGUJAS HAN AUMENTADO DE LONGITUD. EL TAMAÑO QUE ME DAN ES DE 6 mm Y NO DE 5 mm COMO LAS ANTERIORES.

___ LAS AGUJAS TIENEN UN PRECINTO DE ESTERILIDAD QUE SE DESPRENDE INVOLUNTARIAMENTE POR LO QUE PIERDEN SU FUNCIÓN. ESTE PRECINTO DE ESTERILIDAD ES DE PAPEL Y TAMBIÉN SE PERFORA CUANDO LAS TRANSPORTO.

___ LAS AGUJAS NO ENROSCAN BIEN (NO SE TRATA DE DAR UNA VUELTA O DOS MAS), LO QUE PROVOCA QUE NO ENCAJEN CORRECTAMENTE Y, EN OCASIONES, HAYA PÉRDIDAS DE INSULINA QUE NO PUEDO CALIBRAR. EL RESULTADO ES QUE NO INTRODUCO EN MI CUERPO LA DOSIS CORRECTA, LO QUE PROVOCA UN CONTROL DEFICIENTE DE MI ENFERMEDAD.

___ HAN AUMENTADO LOS HEMATOMAS QUE ME OCASIONAN LOS PINCHAZOS.

___ LAS NUEVAS AGUJAS NO TIENEN UN 2º PROTECTOR INTERNO COMO LAS ANTERIORES, POR LO QUE AL RETIRAR EL ÚNICO PROTECTOR LA AGUJA PUEDE DAÑARSE.

___ SIENTO MÁS INTRANQUILIDAD Y ANGSTIA POR EL PINCHAZO.

___ LAS NUEVAS AGUJAS NO TIENEN UN 2º PROTECTOR INTERNO COMO LAS ANTERIORES, POR LO QUE AL RETIRAR EL ÚNICO PROTECTOR, ME PINCHO AL PREPARAR LA PLUMA

___ OTROS:.....

D SOL·LICITA / SOLICITA

SOLICITO QUE ME DISPEN AGUJAS DE CALIDAD IGUAL O SUPERIOR A LAS QUE ME DISPENSABAN ANTES DE LAS NUEVAS , YA QUE NUNCA ANTES TUVE LOS PROBLEMAS QUE LAS ACTUALES AGUJAS B.BRAUN ME ESTÁN OCASIONANDO.

_____ , _____ d _____ de _____

La persona interessada / La persona interesada

Firma: _____

 REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

 DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE