



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!



SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE COMPRA DE OXICODONA O MEPERIDINA O MORFINA A PACIENTES.

Requisitos:

1. La Epicrisis deberá estar escrita a máquina o computarizada la que tendrá un periodo de vigencia de 30 días a partir de la fecha de emisión, en la cual se especifique:
 - Lugar y fecha de emisión.
 - Nombre, edad y sexo del paciente.
 - Número de expediente.
 - Diagnóstico y tratamiento.
 - Nombre, firma, sello y código sanitario del profesional médico tratante.
 - Visto bueno del director médico del hospital o clínica médica autorizada por el Ministerio de Salud, detallando nombre, firma, sello y código sanitario.
2. Original y fotocopia de la cédula de identidad de la persona natural (o el familiar más cercano al paciente) mayor de 21 años que realiza el trámite.
3. Original y copia de la receta especificando:
 - Nombre y apellidos del paciente.
 - Fecha de emisión.
 - Número de expediente.
 - Nombre genérico del producto.
 - Concentración.
 - Vía de administración.
 - Dosis
 - Días de tratamiento.
 - Nombre, firma, sello y código sanitario del médico tratante y del director de la unidad de salud estatal o privada con su respectivo.
 - Sello de la unidad.
4. Sólo podrán prescribir estupefacientes los médicos con especialidad en: Cirugía (Maxilofacial, Otorrinolaringología, Pediatría, Ortopedia, Neurocirugía, Urología, Cirugía General, Dermatología), Oncología, Ginecología y Anestesiología.

Costo:

Servicio Gratuito.

Periodo de vigencia del documento:

Quince días a partir de la fecha de emisión.



Seguimos Cambiando Nicaragua!
CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!
MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN DE FARMACIA

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios", Costado Oeste Colonia Primero de Mayo.
Managua, Nicaragua Telf: 2289-4700 Ext. 222 Telefax: 2289-4401 Apartado Postal 107.

www.minsa.gob.ni Email: div-far@minsa.gob.ni



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!



SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE COMPRA DE ESTUPEFACIENTES (OXICODONA, MORFINA, MEPERIDINA Y FENTANYL) POR HOSPITALES Y CLÍNICAS MÉDICAS.

Requisitos:

Para verificar la legalidad de la unidad de salud deberá presentar

Carta de solicitud original y copia firmada por el Director Médico y el Profesional Farmacéutico, adjuntando la documentación siguiente:

1. Fotocopia del Certificado de Habilitación del Hospital o Clínica Medica emitido por la Dirección de Regulación de Clínicas y Hospitales.
2. Lista de los médicos que laboran en las unidades de salud, detallando nombres, apellidos, especialidad, código sanitario y firmas.
2. Fotocopia de la Licencia Sanitaria de Funcionamiento de la Farmacia.

Para solicitar la orden de compra de presentará:

Carta de solicitud original y copia en papel membretado de la Unidad de Salud, que describa:

- Nombre genérico del producto.
- Concentración
- Forma Farmacéutica
- Cantidad
- Nombre, firma, código sanitario del Profesional Farmacéutico.

Costo:

Servicio gratuito

Periodo de vigencia del documento:

Quince días a partir de la fecha de emisión.



Seguimos Cambiando Nicaragua!
CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!
MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN DE FARMACIA

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios", Costado Oeste Colonia Primero de Mayo.
Managua, Nicaragua Telf: 2289-4700 Ext. 222 Telefax: 2289-4401 Apartado Postal 107.

www.minsa.gob.ni Email: div-far@minsa.gob.ni