SERVIZO GALEGO DE SAÚDE

ÁREA SANITARIA DA CORUÑA E CEE

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ROTACIÓN EXTERNA EN SERVICIO DE FARMACIA COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA (CHUAC)

Cumplimentar todos los apartados del formulario.
Enviar formulario y un breve CV (máximo 2 carillas) a la dirección de correo electrónico *rotaciones.externas.farmacia.asacec@sergas.es.*
Plazo de envío de solicitudes: 1 marzo al 31 marzo 2024.
Plazo contestación solicitudes: 15 al 30 abril 2024.

Datos del residente Farmacia Hospitalaria solicitante de la rotación

Nombre y apellidos
Fecha inicio especialidad
Hospital de procedencia
Correo electrónico

Datos del tutor

Nombre y apellidos
Correo electrónico

Seleccionar rotación e indicar meses de preferencia:

- ☐ Individualización terapéutica a través de farmacocinética/farmacogenética (duración 1 mes)
  - ☐ Mayo 2025
  - ☐ Octubre 2025
  - ☐ Noviembre 2025

¿En tu hospital de procedencia se dispone de un área de monitorización farmacocinética y de farmacogenética? En caso afirmativo, describe los fármacos monitorizados, actividad anual del área y la implicación del Servicio de Farmacia.

¿Qué objetivos deseas conseguir en la rotación?

La aceptación de la rotación en el área de Individualización terapéutica conlleva a la realización de una sesión formativa al Servicio de Farmacia del CHUAC durante la estancia.

En _____ , a _____ de _____de 20_____

Firma residente solicitante Firma tutor Firma Jefe Servicio

Debe utilizarse firma electrónica.