

## Consentimiento Informado

Estimado/a paciente mediante esta encuesta le solicitamos su participación para conocer el grado de adherencia a su tratamiento con motivo de la celebración del día de la adherencia.

Esta encuesta está promovida por la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, una entidad sin ánimo de lucro, siendo el objetivo fundamental del mismo conocer el grado de adherencia a los tratamientos farmacológicos y establecer medidas de mejora de este procedimiento para el futuro.

El Promotor es responsable del tratamiento de sus datos y se comprometen a cumplir con la normativa de protección de datos en vigor. Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código, de manera que no se incluye información que pueda identificarle.

La información que nos brinde será tratada de manera confidencial y anónima. En ningún caso sus respuestas serán presentadas acompañadas de su nombre o de algún dato que lo identifique.

Debe conocer que desde el pasado 25 de mayo de 2018 es de plena aplicación la nueva legislación en la UE sobre datos personales, en concreto el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD). Si en cualquier momento necesita ejercitar sus derechos, debe dirigirse al encargado de protección de datos de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) al correo [sefh@sefh.es](mailto:sefh@sefh.es).

Su participación es totalmente voluntaria y para iniciar el proceso es necesario que responda la pregunta siguientes. Solo pueden participar los pacientes que respondan afirmativamente a la pregunta.

Gracias!

---

### Acepto participar en la encuesta

\* Campo requerido

Sí  No

**1a. Comunidad Autónoma**

\* Campo requerido

**1b. Año de nacimiento**

\* Campo requerido

**1c. Sexo**

Mujer  Hombre

\* Campo requerido

**2. ¿Recoge usted MEDICACIÓN EN EL HOSPITAL?**

\* Campo requerido

Sí  No

**3. ¿Puede decirnos, el nombre de los MEDICAMENTOS que recoge en el HOSPITAL?**

**4. Además de la medicación que recoge en hospital ¿TOMA MÁS MEDICAMENTOS?**

\* Campo requerido

Sí  No

**5. Entendemos que hay muchas personas que tienen dificultades para tomarla de forma regular. Indique con una cruz en la línea de abajo el punto que mejor defina **CÓMO** ha tomado la medicación **DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS**:**

0% significa que no ha tomado ninguna dosis de medicación, 50% que ha tomado la mitad de las dosis recetadas por su médico y 100% que ha tomado todas sus dosis

**a. ¿CÓMO ha tomado TODO su tratamiento?**

\* Campo requerido

0%                      50%                      100%

**b. ¿CÓMO ha tomado la MEDICACIÓN que recoge en el HOSPITAL?**

\* Campo requerido

0%                      50%                      100%

## 6. Sobre la medicación que recoge en el hospital, en que grado de 0 a 10, considera que el **FARMACÉUTICO DE HOSPITAL**:

a. Es un profesional sanitario de **REFERENCIA** para consultas sobre el medicamento (0 no es en absoluto un profesional de referencia, 10 es un profesional de referencia en el ámbito del medicamento para mí, al que sé que puedo consultar de manera fiable)

\* Campo requerido

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

b. Es **ACCESIBLE** para usted y puede hacerle consultas desde su domicilio por alguna vía, correo, teléfono, aplicación (0 no es accesible en absoluto, 10 es muy accesible)

\* Campo requerido

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

## 7. Sobre la actual pandemia de COVID

a. Puntúe de 0 a 10, la **DIFICULTAD** que ha tenido para tomar adecuadamente su tratamiento domiciliario en los meses de mayor aislamiento.

0 ninguna dificultad y 10 me ha sido imposible realizar mi tratamiento habitual en esa época.

\* Campo requerido

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

8a. ¿Ha recibido alguna vez **ATENCIÓN FARMACÉUTICA DOMICILIARIA** (por videollamada, teléfono, correo electrónico o aplicación móvil) ya sea con envío de medicación a casa o sin él,?

\* Campo requerido

Sí  No

c. Por favor, señale el **grado de interés** de 0 a 10 que tiene en recibirla (0 no me interesa en absoluto recibir atención farmacéutica en casa, 10 me interesa muchísimo).

\* Campo requerido

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10