**A LA GERENCIA DE LA GESTIÓN INTEGRADA DE LUGO, CERVO Y MONFORTE**

Don/Dña ………………………………………..…………………………………………., mayor de edad, con DNI ………………………………., y domicilio a efectos de notificaciones en ………………………………………….……………………………………………………….., comparezco y como mejor proceda, **DIGO**:

**PRIMERO**.- Que en la actualidad vengo prestando mis servicios en el Centro ……………………………………………………………………………., con la categoría profesional de enfermera/o.

**SEGUNDO**.- Que en fechas próximas comenzará la campaña de vacunación de antigripal, lo que como profesional de enfermería me impone la obligación de administrar un medicamento sujeto a prescripción médica a los usuarios.

**TERCERO**.- Que tras la entrada en vigor del RD 954/2015, de 23 de octubre por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros, se me ha prohibido aplicar medicamentos sujetos a prescripción médica sin -siempre y en todo caso- el previo y preceptivo diagnóstico y prescripción debidamente formalizados por el médico en la historia clínica del paciente.

**CUARTO**.- Que en la campaña de vacunación, la no prescripción del personal médico de la correspondiente vacuna antes de ser administrada por el enfermero, me coloca en una clara situación de inseguridad jurídica dada la claridad del precepto contenido en el RD 954/2015 arriba mencionado.

**QUINTO**.- Que a fin de evitar que ese estado de inseguridad jurídica se reproduzca durante la inminente y sucesivas campañas de vacunación, por medio del presente escrito vengo a **SOLICITAR que se me indique por escrito y de forma expresa y clara cómo debo de actuar ante la solicitud de un usuario que asista a mi consulta de enfermería para ser vacunado sin contar con el preceptivo diagnóstico y prescripción médica, y para el caso que la indicación ahora solicitada sea en el sentido de que estoy obligado a administrarle la vacuna, se me asegure que en caso de eventual daño, me respaldará el seguro de responsabilidad civil que el Servicio Gallego de Salud tiene suscrito.**

 En …………………………………….. a …………. de …………………….. de 2016.

 Fdo.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_