

ANEXO 1



FORMULARIO NO 1

SOLICITUD DE INCLUSIÓN DE PRODUCTOS

COMISIÓN FARMACOTERAPEUTICA (CEAS/REGIONAL) -----

Número de solicitud

Fecha de la solicitud

DATOS BASICOS

- a. Centro Hospitalario:
- b. Datos del solicitante y servicio correspondiente:

INFORMACION CORRESPONDIENTE AL PRODUCTO FARMACEUTICO SOLICITADO

- a) Nombre de Marca
- b) Nombre Genérico
- c) Forma farmacéutica
- d) Vía de administración
- e) Dosis por unidad/concentración
- f) Precio aproximado
- g) Indicación para la que se propone
- h) Principales efectos adversos e interacciones medicamentosas
- i) Es un medicamento de uso controlado SI NO
- j) Duración del tratamiento:
- k) Fármacos del cuadro básico ya aprobados con la misma indicación
- l) ¿El producto que se propone sustituye alguno de los productos actualmente incluidos?

SI NO

m) Número de enfermos por año:

n) Ha utilizado alguna vez el medicamento?

SI NO

o) Ha utilizado el medicamento en algún ensayo o evaluación clínica?

SI NO

p) Ha recibido el Servicio Regional, el departamento solicitante o el médico responsable del servicio alguna donación de este producto en los últimos dos años?

SI NO

DOCUMENTACION NECESARIA PARA LA VALORACION PREVIA DEL PRODUCTO

a) Justificación de la inclusión:

- Más eficacia: SI NO
- Más seguridad: SI NO
- Menos costoso: SI NO
- Otros: Especificar

b) ¿Aporta documentación justificativa de los beneficios del producto que se propone? Anexar si responde positivo

SI NO



FORMULARIO NO 2

SOLICITUD DE EXCLUSION O SUSTITUCION DE PRODUCTOS

COMISIÓN FARMACOTERAPEUTICA (CEAS/REGIONAL) -----

Número de solicitud Fecha de la solicitud

1) Solicita la SUSTITUCION de:

Nombre de Marca:

Nombre Genérico:

Forma farmacéutica:

Vía de administración:

Dosis por unidad/concentración:

2) Motivo de la exclusión:

Existencia de una mejor alternativa: SI NO

Problemas de seguridad: SI NO

Problemas de calidad: SI NO

Problemas de eficacia: SI NO

Otros (especificar):

Nombre del Solicitante: _____

Firma: _____