

 <p>Servicio de Salud del Maule Hospital Base de Linares Ministerio de Salud</p>	<p>HOSPITAL BASE DE LINARES UNIDAD DE FARMACIA HOSPITAL DE LINARES</p>	<p>CÓDIGO 3960</p>	<p>Nº RESOLUCIÓN</p>
		<p>FECHA REVISIÓN Marzo 2014</p>	<p>Nº VERSIÓN 1.0</p>

Anexo 1

Solicitud de Modificación Arsenal Farmacoterapeutico Hosp. Linares Incorporación o Sustitución o Eliminación Fármacos

SERVICIO SOLICITANTE _____ FECHA: ____/____/____

TIPO DE SOLICITUD: INCORPORACIÓN____ ELIMINACIÓN____ SUSTITUCIÓN____

NOMBRE GENERICO DEL FARMACO _____

(Indicar nombre genérico del fármaco que solicita incluir o eliminar del Arsenal. Si se trata de sustitución indicar nombre genérico del fármaco que sustituirá al ya existente en Arsenal)

¿SUSTITUYE ESTE FARMACO A OTRO CONSIGNADO EN EL ARSENAL FARMACOTERAPEUTICO?

SI _____ NO _____

En caso de sustitución esta es: TOTAL _____ PARCIAL _____

LA UTILIZACION DEL NUEVO FARMACO (O SUSTITUCION) SERÍA:

_____ RESTRICTIVO A UNA ESPECIALIDAD O SERVICIO. ¿Cuál?: _____
_____ DE POSIBLE USO GENERAL

NOMBRE DEL PROFESIONAL SOLICITANTE: _____

CUENTA CON EXPERIENCIA PERSONAL EN EL USO DEL FÁRMACO SI _____ NO _____

EN CASO AFIRMATIVO DETALLAR:

- a) Fundamentación de experiencia
- b) Casuística (nº aprox de pacientes que ha tratado, en cuanto tiempo)

BIBLIOGRAFIA: (señalar y adjuntar citas bibliograficas, indicar el trabajo más significativo)

PROTOCOLO DE USO EN HOSPITAL LINARES Requisito indispensable para su análisis en el Comité de Farmacia. (Adjuntar protocolo de uso en Hospital Linares)

PROGRAMACION DEL FÁRMACO:

PRESENTACION: (indicar dosificación, volumen)

FORMA FARMACEUTICA (indicar forma farmacéutica que solicita: ampolla, frasco ampolla comprimido, comprimido recubrimiento enterico, comprimido liberación modificada, capsula, solución oral, suspensión oral, comprimido vaginal, ovulo vaginal, solución oftálmica, suspensión oftálmico, ungüento oftálmico, ungüento dérmico, suspensión para inhalación, suspensión para nebulizacion, etc.)

	HOSPITAL BASE DE LINARES UNIDAD DE FARMACIA HOSPITAL DE LINARES	CÓDIGO 3960	Nº RESOLUCIÓN
		FECHA REVISIÓN Marzo 2014	Nº VERSIÓN 1.0

CANTIDAD DEL FARMACO SOLICITADO: (Indicar cantidad estimada para 1 mes según número de casos a tratar y duración de tratamiento)

SI LA SOLICITUD ES **ELIMINACIÓN** INDICAR MOTIVOS:

- OBSOLESCENCIA : _____
- ESCASA O NULA PRESCRIPCIÓN : _____
- RETIRO DEL MERCADO FARMACEUTICO : _____
- REACCIONES ADVERSAS (RAM) : _____
- PRESENTACION INADECUADA : _____
- FORMA FARMACEUTICA INADECUADA : _____
- PROBLEMA DE BIODISPONIBILIDAD : _____
- COMERCIALIZACION DISCONTINUADA : _____
- OTROS : _____

FIRMA PROFESIONAL SOLICITANTE: _____

VºBº JEFE DE SERVICIO: _____

	<p>HOSPITAL BASE DE LINARES UNIDAD DE FARMACIA HOSPITAL DE LINARES</p>	<p>CÓDIGO 3960</p>	<p>Nº RESOLUCIÓN</p>
		<p>FECHA REVISIÓN Marzo 2014</p>	<p>Nº VERSIÓN 1.0</p>