

Anexo 1

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

SERVICIO SOLICITANTE _____ FECHA: ____/____/____

NOMBRE PROFESIONAL QUE SOLICITA MODIFICACION: _____

TIPO DE SOLICITUD: INCORPORACIÓN____ ELIMINACIÓN____ SUSTITUCIÓN____

NOMBRE GENERICO DEL FARMACO _____

(Indicar nombre genérico del fármaco que solicita incluir o eliminar. Si se trata de sustitución indicar además nombre genérico del fármaco del Arsenal que sustituirá. Si se trata de una asociación a dosis fija consignar todos los principios activos)

CLASIFICACION TERAPÉUTICA: _____

FORMA FARMACEUTICA: _____ POTENCIA: _____

VIA ADMINISTRACION: _____ N° REGISTROS SANITARIOS (ISP): _____

Registros ISP (detallar):

(FORMA FARMACÉUTICA: ampolla, frasco ampolla, comprimido, comprimido recubrimiento entérico, 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 nebulización, etc. POTENCIA: presentación en gramos, mg. UI, mg /ml, etc.)

PROGRAMACION:

DOSIS DIARIA: _____ DURACION TRATAMIENTO: _____

INDICACIONES SOLICITADAS: _____

RESTRICCION DE USO: LA UTILIZACION DEL NUEVO FARMACO (O SUSTITUCION) SERÍA:

____ RESTRICTIVO A UNA ESPECIALIDAD O SERVICIO. ¿Cuál?: _____

____ DE POSIBLE USO GENERAL

Restricción de uso :

Terapéutico: SI____ NO____ OBS: _____

Presupuestario: SI____ NO____ OBS: _____

Otro: SI____ NO____ OBS: _____

SUSTITUCION:

¿Sustituye este fármaco a otro consignado en el arsenal farmacoterapeutico?

SI____ NO____ En caso de sustitución esta es: TOTAL____ PARCIAL____

EXPERIENCIA CLINICA EN EL USO DEL FÁRMACO SI____ NO____

EN CASO AFIRMATIVO Fundamentar experiencia, indicar nº aprox. de pacientes tratados, en cuanto tiempo)

FUNDAMENTACION DE SOLICITUD:

Criterios fundamentales (señalar al menos uno. Indique SI o NO)

Cobertura de vacío terapéutico: SI____ NO____ Reemplazo Arsenal Farmacológico: SI____ NO____

Mayor Eficacia: SI____ NO____ Mayor Seguridad: SI____ NO____

Menor Costo Tratamiento: SI____ NO____

Criterios adicionales:

Adherencia al tratamiento: SI___ NO___ OBS_____

Facilidad de uso: SI___ NO___ OBS_____

Disponibilidad: SI___ NO___ OBS_____

Otra: _____

FUNDAMENTACION TECNICA OBLIGATORIA: (Adjuntar, indique nombre documento, publicación, etc.):

-Información epidemiológica en relación a enfermedad o situación clínica, que motiva el uso del medicamento:

-Información de eficacia y seguridad obtenida de fuentes independientes y de reconocido prestigio:

Evaluación beneficio / costo para medicamentos solicitados en los que exista alternativas del mismo grupo farmacoterapeutico:

CANTIDAD DE FARMACO SOLICITADO:

Nº estimado de casos a tratar en un mes: _____

Cantidad medicamento estimada para 1 mes: _____

NECESIDAD ESTIMADA DE MEDICAMENTO:

Valor Unitario: \$ _____

(Señalar valor unitario, unidad, presentación farmacéutica, laboratorio)

Numero oferentes: _____ Modalidad de compra: _____

Costo mensual: _____ Costo Anual: _____

OBS: _____

SI LA SOLICITUD ES ELIMINACIÓN INDICAR MOTIVOS:

OBSOLESCENCIA : _____ ESCASA O NULA PRESCRIPCION : _____

RETIRO DEL MERCADO FARMACEUTICO : _____ REACCIONES ADVERSAS (RAM) : _____

PRESENTACION INADECUADA : _____ FORMA FARMACEUTICA INADECUADA : _____

PROBLEMA DE BIODISPONIBILIDAD : _____ COMERCIALIZACION DISCONTINUADA : _____

OTROS _____

NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL SOLICITANTE: _____

VºBº JEFE DE SERVICIO NOMBRE Y FIRMA: _____