

Formulário de Solicitação de Alteração na Padronização de Medicamentos

Nº Processo:

Tipo: () Inclusão () Exclusão () Alteração () Indicação Terapêutica
 () Concentração/Apresentação

1. Identificação do Medicamento

Nome DCB	Concentração	Apresentação

1.1. Grupo Farmacoterapêutico

1.2 Objetivo terapêutico

1.3 Justificativa - Gostaria de incluir este medicamento porque:

(a) Não existe na atual lista de medicamentos padronizados alternativa similar para o objetivo terapêutico acima (descrever a vantagem terapêutica com eficácia clínica e segurança comprovada para o objetivo citado).

(b) Existe alternativa similar, porém a forma farmacêutica é diferente da necessária (descrever a forma farmacêutica que não está contemplada e justificar a importância de sua inclusão).

A inclusão desta forma farmacêutica implica exclusão de outra existente na padronização? Qual? (escreva se existem estudos recentes que descrevam desvantagens terapêuticas deste medicamento, anexando as referências, ou se foi observado na prática clínica problemas com a eficácia e segurança do medicamento).

2. Previsão de Consumo

2.1 Número de pacientes tratados por mês

2.2 Consumo do Medicamento

Apresentação (dose)	Posologia	Valor Unitário (R\$)*	Gasto/tratamento/mês (R\$)*	Impacto econômico/mês*

* A ser preenchido pela CFT

Importante: Anexar referências bibliográficas publicadas em periódicos científicos nacionais e internacionais, preferencialmente de nível de evidência 1, grau A (revisões sistemáticas, meta-análises ou ensaios clínicos randomizados na ausência destas).

Profissional Solicitante e matrícula:

Clínica/Serviço: Contato (e-mail e/ou tel):