

**SOLICITUD DE INCORPORACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN Y/O ELIMINACIÓN DE MEDICAMENTO AL
COMITÉ DE FÁRMACIA TERAPÉUTICA**

SERVICIO SOLICITANTE	FECHA SOLICITUD
ANTECEDENTES DEL MEDICAMENTO	
NOMBRE GENERICO (ATC) ¹	
CLASIFICACION TERAPEUTICA	

INDICACIONES SOLICITADAS:

1.
2.
3.

FORMA FARMACÉUTICA	POTENCIA	VIA ADM	DOSIS DIARIA	COSTO DIARIO ²	DURACION TRATAMIENTO ³	COSTO TOTAL TRATAMIENTO ⁴

MOTIVOS

CRITERIOS FUNDAMENTALES

1. Medicamento -de eficacia y seguridad demostrada- para cubrir un vacío terapéutico importante⁵.
2. Mayor eficacia e igual o mayor seguridad e igual o menor costo de tratamiento a la(s) alternativa(s) del Arsenal Farmacoterapéutico⁶. Especificar la (s) alternativa (s) del Arsenal Farmacoterapéutico a sustituir: _____.
3. Mayor seguridad e igual eficacia e igual o menor costo de tratamiento a la(s) alternativa (s) del Arsenal Farmacoterapéutico ⁶. Especificar la (s) alternativa (s) del Arsenal Farmacoterapéutico a sustituir _____.
4. Menor costo e igual eficacia e igual seguridad a la(s) alternativa(s) del Arsenal Farmacoterapéutico⁶. Especificar la (s) alternativa (s) del Arsenal Farmacoterapéutico a sustituir _____.

CRITERIOS COMPLEMENTARIOS

1. Conveniencia (mayor adherencia al tratamiento, facilidad de uso, etc.). Especificar:
2. Disponibilidad (o mayor disponibilidad) del producto en el mercado nacional. Especificar:

3. Restricciones de Uso: NO SI (especificar)

FUNDAMENTACION TECNICA (Obligatoria)

1. Adjuntar información epidemiológica en relación a la enfermedad o situación clínica que motiva el uso del medicamento solicitado.
2. Adjuntar información completa obtenida de fuentes independientes y de reconocido prestigio en relación a eficacia, seguridad o costos, que sustenten el medicamento solicitado para las indicaciones propuestas. Además en el caso de existir otras alternativas al medicamento propuesto dentro de un grupo fármaco-terapéutico, documentar la evaluación del beneficio/costo del medicamento solicitado frente a las otras del grupo.
3. Cuando se trate de solicitud de exclusión sin sustitución, adjuntar la fundamentación técnica correspondiente.
4. Adjuntar antecedentes de su experiencia clínica con el medicamento (si procede).

NECESIDADES ESTIMADAS DEL MEDICAMENTO

ESQUEMA TERAPÉUTICO

NUMERO ESTIMADO DE PACIENTES A TRATAR EN UN MES

**NOMBRE Y FIRMA
SOLICITANTE**

**NOMBRE Y FIRMA
JEFE FARMACIA**

1. *En caso de una asociación a dosis fija consignar todos los principios activos.*
2. *Considerar el precio actual de venta al sistema público y consignar las condiciones de compra.*
3. *En el caso de procesos que requieren de un tratamiento de largo plazo colocar el término "crónico".*
4. *En el caso de procesos que requieran de un tratamiento crónico calcular el costo mensual.*
5. *En el caso de que el nuevo principio activo solicitado para cubrir un vacío terapéutico forma parte de un grupo, proponer la alternativa que ostente la mejor relación beneficio/costo. Tomar en consideración la severidad del cuadro clínico o enfermedad, así como su frecuencia y la urgencia para el uso del medicamento. Este criterio podrá aplicarse a nuevas formas farmacéuticas y/o concentraciones de principios activos.*
6. *Se tomará en cuenta los estudios clínicos controlados, revisiones sistemáticas, meta-análisis, estudios fármaco-económicos.*

Nota: Utilizar hoja adicional en caso de ser necesario incluir mayor información, favor ceñirse al presente formato de solicitud y completar toda la información requerida.