



ANEXO II - SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO NA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

TIPO DE SOLICITAÇÃO:

() Inclusão

() Exclusão

1. IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO

1.2 NOME GENÉRICO: _____

1.3 NOME COMERCIAL: _____

1.4 APRESENTAÇÃO (Forma farmacêutica e concentração):

1.5 INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

1.5.1 A indicação terapêutica está aprovada em bula? () sim () não () uso *off-label*

1.6 É produzido e comercializado no Brasil? () sim () não

2. ESQUEMA TERAPÊUTICO RECOMENDADO:

2.1 Dose pediátrica: usual: _____ máxima: _____ mínima:

2.2 Dose adulta: : usual: _____ máxima: _____ mínima:

2.3 Duração do tratamento:

3. PREVISÃO DE CONSUMO:

3.1 Número de pacientes/mês:

4. JUSTIFICATIVA PARA INCLUSÃO/EXCLUSÃO

5. O PRINCÍPIO ATIVO SUGERIDO SUBSTITUI COM VANTAGENS OUTRO MEDICAMENTO PADRONIZADO? () sim () não

5.1 Qual(is) medicamento(s) já padronizado(s) poderá(ão) ser excluído(s)?

6. REFERÊNCIAS: fica a critério do solicitante apenas indicar a referência ou anexá-la. Em caso de indisponibilidade de consulta *on-line* será obrigatório seu envio.

6.1 Referências de estudos clínicos: publicadas em periódicos científicos nacionais e/ou internacionais que tenham política editorial seletiva e arbitrada pelos pares, preferencialmente de nível de evidência 1, grau A (revisões sistemáticas, metanálises ou ensaios clínicos randomizados).

6.2 Estudos farmacoeconômicos: preferencialmente estudo de custo-efetividade quando



comparado com tratamentos consagrados.

6.3 Indicação de Diretrizes e Consensos Nacionais e Internacionais: Caso haja, o solicitante deverá informar o nome de cada sociedade de especialistas e a recomendação de utilização do medicamento com o nível de evidência.

SOLICITANTE (nome/CRM): _____
Serviço: _____
Telefone: _____ e-mail: _____

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE:

Declaro não apresentar conflito de interesses na recomendação acima.

Assinatura e carimbo: _____ Data: __/__/____

Assinatura e carimbo Chefe do Serviço: _____ Data: __/__/____

7. USO EXCLUSIVO SERVIÇO DE FARMÁCIA

7.1 Custo mensal: _____

7.2 Relacionar medicamentos já padronizados pertencentes a mesma classe terapêutica:

8. PARECER TÉCNICO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA (CFT):

9. É NECESSÁRIA A INSTITUIÇÃO DE PROTOCOLO CLÍNICO? () sim () não

Obs: Em caso afirmativo o solicitante deverá encaminhá-lo ao Serviço de Farmácia no prazo de 30 dias, a contar da data de recebimento do parecer técnico da CFT para sua apreciação e considerações.

Data:
____/____/____

Carimbo e assinatura do Coordenador da CFT