



ANEXO III - ROTEIRO DE AVALIAÇÃO E PARECER TÉCNICO NA SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO NA LISTA DE PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

PROPOSTA DE:

Inclusão

Exclusão

1. IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO

Nome Genérico:

O produto está descrito adequadamente: sim não

Principais indicações terapêuticas: sim não não informou

Contra-indicações, precauções e/ou toxicidade relacionadas ao uso deste medicamento:

sim não não informou

O medicamento possui registro na Anvisa: sim não

A indicação terapêutica está aprovada em bula: sim não uso *off-label*

Descreve Dose Diária Definida: Pediátrica sim não Adulta sim não

O produto encontra-se disponível no mercado nacional? sim não não informou

Duração do tratamento: sim não

2. Existem evidências (Estudos clínicos, Indicações de Diretrizes e Consensos, pareceres de Câmaras Internacionais ou experiências na Instituição) de segurança, eficácia e efetividade que justifique a alteração na padronização: sim não

Os dados estão referenciados? sim não

As cópias das referências estão anexadas? sim não

3. O custo efetividade do tratamento proposto frente aos disponíveis na instituição justifica a alteração na padronização: sim não

4. Existe necessidade de restrição na utilização do medicamento: sim não

Se sim, determinar:

Clínica (s): -

Doença (CID):

Médico (s) Prescritor (s):



- Solicitar Protocolo Clínico de uso
 Outros:

5. Existe necessidade de estudo de utilização do medicamento por tempo determinado com apresentação de relatório de resultados para análise de continuidade de uso?

sim não

Se sim, determinar tempo de utilização, número de pacientes a serem tratados e responsáveis pela elaboração do relatório:

6. Em caso de EXCLUSÃO:

Avaliação do resumo das evidências clínicas, econômicas e/ou epidemiológicas que justifique uma solicitação (eficácia, efeitos colaterais, contraindicações, precauções, toxicidade, custo/médio de tratamento, custo/benefício, etc) com as referências bibliográficas.

7. SUGESTÃO DA CFT:

Incluir no arsenal terapêutico: sim não

Excluir do arsenal terapêutico: sim não

Parecerista Técnico

Parecerista Técnico

8. Comentários e/ou Justificativas:

Data:

____/____/____

Carimbo e assinatura do Coordenador da CFT