**SOLICITUD DE INCORPORACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN Y/O ELIMINACIÓN DE MEDICAMENTO AL ARSENAL FARMACOLÓGICO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha Solicitud:** \_\_/\_\_/\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tipo de solicitud: | Inc. | Sus. | Eli. |
|  |

|  |
| --- |
|   |

 |

|  |
| --- |
|  |

 |

|  |
| --- |
|  |

 |

 |

 |

1. **Antecedentes del medicamento**

**Nombre Genérico (ATC)** 1 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Clasificación Terapéutica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Indicaciones solicitadas:**

1. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
3. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Forma Farmacéutica** | **Potencia** | **Via Adm.** | **Dosis Diaria** | **Costo****Diario2** | **Duración****Tratamiento3** | **Costo total mensual/ tratamiento4** |
|   |   |   |  |  |  |  |
|   |   |   |  |  |  |  |
|   |   |   |  |  |  |  |
|   |   |   |  |  |  |  |

1. **Motivo:**
2. **Criterios fundamentales** (al menos uno)

|  |  |
| --- | --- |
| **Criterios** | **Si/No** |
| Cobertura de vacío terapéutico Importante5 |  |
| **Reemplazo Arsenal Farmacológico6,7** |  |
| Mayor Eficacia |  |
| Mayor Seguridad |  |
| Menor costo Tratamiento |  |

1. **Criterios adicionales**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ventajas** | **Si/No** | **Observación** |
| Adherencia al tratamiento |  |  |
| Facilidad de Uso |  |  |
| Disponibilidad |  |  |
| Otra |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Restricción de Uso** | **Si/No** | **Observación.** |
| Terapéutico |  |  |
| Presupuestario |  |  |
| Otro |  |  |

**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 y 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. Evaluar la cantidad de oferentes, Precios, volúmenes, número de proveedores, número de registros sanitarios y forma de compra.
4. Cuando se trate de solicitud de exclusión sin sustitución, adjuntar la fundamentación técnica correspondiente.
5. Adjuntar antecedentes de su experiencia clínica con el medicamento. (si procede)
6. **Adjuntar el protocolo terapéutico local en el que se usará el medicamento**

**Necesidades estimadas de medicamento**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Medicamento | Nº Pacientes | Costo Mensual/Tratamiento | Costo Anual |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MEDICO SOLICITANTE Vº Bº JEFE DE SERVICIO**

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, metaanálisis, estudios fármaco económicos.*
7. *Cada medicamento debe ser de mayor o igual eficacia que el que se esté reemplazando*

*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*