

Anexo N° 1

SOLICITUD PARA INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN DE MEDICAMENTOS O MODIFICACIÓN DE RENGLÓN DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS

Esta solicitud debe ser llenada preferiblemente en letra de molde o imprenta legible.

____ INCLUSIÓN ____ EXCLUSIÓN ____ MODIFICACIÓN
(Marque el proceso solicitado)

1. Nombre genérico del medicamento:

2. Indique la Forma Farmacéutica

____ Tableta ____ Cápsula ____ Jarabe ____ Suspensión ____ Solución ____ Crema ____ Óvulos

____ Parches ____ Ungüento ____ Polvo ____ Supositorios ____ Tabletas Recubiertas

Otros: _____

Vía de Administración: _____

Concentración:

Presentación Comercial:

(Ejemplo: Blíster x 10 Tab o Frasco de 120ml)

3. Indicaciones terapéuticas principales:

4. Estadística disponible de la patología a la cual se dirige el medicamento (Local ó Nacional)

5. Clasificación terapéutica:

6. Dosis pediátrica:

7. Dosis adulto:

8. Duración del tratamiento:

9. Resumir las razones de su solicitud (Presentar una sustentación con un mínimo de 200 palabras en documento

adjunto): _____

10. Ha tenido experiencia clínica con el uso del medicamento

SI ____ NO ____

Explique su respuesta (escribir un resumen de sus experiencias clínicas con el uso del medicamento ejemplo: efectos obtenidos, dosis empleadas, efectos adversos, etc.):

11. Indicar las contraindicaciones, interacciones, precauciones y toxicidad relacionadas con el uso del medicamento:

12. Instrucciones especiales sobre el uso del medicamento (Ejemplo Receta Especial ó protocolo, condiciones de almacenamiento, otras):

13. En caso de exclusión indique qué otros medicamentos existentes en la lista de medicamentos pueden reemplazarlo y en caso de inclusión, a qué otros medicamentos puede reemplazar el que propone:

14. Referencias de estudios clínicos publicadas en los últimos cinco años en revistas profesionales reconocidas con respecto a eficacia y seguridad del medicamento. (Mínimo, 5 referencias reconocidas internacionalmente). Especificar: Título, autor, revista, volumen, página y año. Anexarlos o enviarlos a correo electrónico de CONAMEP.

I. _____

II. _____

III. _____

IV. _____

V. _____

Datos del solicitante

Comisión/Comité o Servicio: _____

Región/Instalación: _____

Responsable de llenado: _____

Firma: _____ Cargo: _____

Email: _____

Teléfono: _____

Fecha de Solicitud _____

	Servicio Solicitante	Comité Local/Hospital		Dirección Médica o Regional		CONAMEP	
Fecha							
Responsable							
Firma							
Aprobado		Si	No	Si	No	Si	No

Observaciones:
