

**ANEXO N° 1**  
**COMISIÓN NACIONAL DE MEDICAMENTOS DE PANAMÁ**

**FORMULARIO DE SOLICITUD PARA INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN DE MEDICAMENTOS O  
MODIFICACIÓN DE RENGLÓN DE LA LISTA NACIONAL DE MEDICAMENTOS.**

Nota: Esta solicitud debe ser llenada preferiblemente en forma digital.

\_\_\_ INCLUSIÓN \_\_\_ EXCLUSIÓN \_\_\_ MODIFICACIÓN  
(Seleccione el proceso solicitado)

Solicitado por:

Programas Nacionales de Salud: \_\_\_\_\_

Comisiones o Comités Institucional de Farmacoterapia: \_\_\_\_\_

Servicio o Departamento: \_\_\_\_\_

Instalación: \_\_\_\_\_ Región de Salud: \_\_\_\_\_

1. Nombre genérico del medicamento: \_\_\_\_\_

2. Indique la Forma Farmacéutica: \_\_\_\_\_

Vía de Administración: \_\_\_\_\_

Concentración: \_\_\_\_\_

3. Indicaciones terapéuticas:

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

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

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

5. Dosis adulto: \_\_\_\_\_

6. Dosis pediátrica: \_\_\_\_\_

7. Dosis en Poblaciones especiales:

Adultos mayores: \_\_\_\_\_

Insuficiencia Hepática: \_\_\_\_\_

Insuficiencia Renal: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

8. Embarazo y Lactancia:

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

9. Duración del tratamiento:

\_\_\_\_\_

10. Presentar una sustentación técnica de la solicitud en documento adjunto.

\_\_\_\_\_

11. 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.):

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

12. Perfil de seguridad de la molécula: Contraindicaciones, Precauciones o advertencias, Efectos adversos, Interacciones, Toxicidad. (Desarrollar en documento adjunto)

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

13. Restricciones de uso: \_\_\_\_\_

14. Condiciones especiales de almacenamiento y manejo:

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

15. En caso de inclusión, a qué otros medicamentos pueden reemplazar el que propone:

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

16. En caso de exclusión indique qué otros medicamentos existentes en la lista de medicamentos pueden reemplazarlo (Sustentar los motivos):

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

17. En caso de Modificación del renglón en la Lista, sustente la modificación solicitada: variables a modificar del renglón en la lista: concentración, forma farmacéutica, vía de administración, restricciones y tipo de medicamento (Esencial o Especializado).

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

18. Referencias de Metaanálisis y Estudios clínicos actualizados y publicadas en revistas médico-científicas reconocidas con respecto a eficacia y seguridad del medicamento. (Referencias y Sociedades científicas reconocidas internacionalmente). Especificar: Título, autor, revista, volumen, página y año. Anexarlos o enviarlos a: [conamep@minsa.gob.pa](mailto:conamep@minsa.gob.pa)

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

19. Guías de tratamiento nacionales y/o internacionales que sustenten el manejo del medicamento. Enviarlos a: [conamep@minsa.gob.pa](mailto:conamep@minsa.gob.pa)

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

20. Observaciones o comentarios adicionales:

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

21. Datos del solicitante:

Profesional de salud responsable: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de Solicitud \_\_\_\_\_

Servicio: \_\_\_\_\_ Número de médicos del servicio: \_\_\_\_\_

Nombre de los médicos del servicio	Firma de los médicos del servicio y Registro de idoneidad

	<b>MINISTERIO DE SALUD</b>		
	<b>COMISION NACIONAL DE MEDICAMENTOS DE PANAMÁ (CONAMEP)</b>		
	<b>INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA SOLICITUD PARA INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN DE MEDICAMENTOS O MODIFICACIÓN DE RENGLON DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS</b>		
	Código: CONAMEP-INST-LLE-FORMINC-EXC-MOD	Versión: 02	Año: 2019

**INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE LA SOLICITUD PARA INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN DE MEDICAMENTOS O MODIFICACIÓN DE RENGLON DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS**

**Seleccionar el tipo de Solicitud (INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN, MODIFICACIÓN):** marque la casilla correspondiente.

**Solicitado por:** Se debe colocar el nombre del programa nacional de salud o el nombre del servicio según corresponda, en este último caso completar con el nombre de la instalación y la región de procedencia.

**1. Nombre Genérico del Medicamento:** utilizar la Denominación Común Internacional (DCI) del principio activo o molécula. No utilizar nombres comerciales o de marca de productos específicos.

**2. Forma Farmacéutica:** colocar el nombre correspondiente a la forma farmacéutica en que se formuló el medicamento. (p.e.: tabletas, cápsulas, jarabe, solución...)

**Vía de Administración:** especificar la vía o vías de administración requerida para el medicamento. (p.e.: vía oral, S.C., I.V., I.M...).

**Concentración:** señalar la concentración(es) requerida(s) del medicamento. (p.e.: 5mg, 25mg/mL, 100 UI...)

**3. Indicaciones Terapéuticas:** detallar la(s) indicación(es) terapéutica(s) aprobada(s) para la que se solicita el medicamento. Si son más de una enumerarlas.

**4. Estadística disponible de la patología a la cual se dirige el medicamento (Local o Nacional):** expresar las estadísticas en tasas de incidencia y prevalencia, así como detallar datos nacionales y locales.

**5. Dosis para adultos:** detallar la dosis usual en adultos.

**6. Dosis pediátrica:** detallar la dosis usual en pediatría y los rangos de edades. (si aplica)

**7. Dosis para poblaciones especiales:** detallar la dosis para adultos mayores, en casos de insuficiencia hepática, insuficiencia renal, otras condiciones que así lo ameriten, como trastornos del metabolismo.

**8. Embarazo y Lactancia:** indicar si el medicamento se puede administrar durante el embarazo y la lactancia.

**9. Duración del tratamiento:** señalar la duración del tratamiento en periodos de tiempos (horas, días, semanas, meses...) para el caso de tratamientos agudos. Si es crónico solamente indicarlo.

**10. Sustentación técnica:** Presentar una justificación técnica resumida, anexarlo como un documento adjunto a la solicitud.

**11. Experiencia clínica con el medicamento:** si su respuesta es positiva, explicar su experiencia a través de un resumen detallando los efectos obtenidos, las dosis empleadas, efectos adversos, entre otros.

**12. Perfil de seguridad de la molécula:** detallar para cada apartado, por separado, la información más relevante. Anexar documento complementando toda la información sobre contraindicaciones, precauciones o advertencias, interacciones, reacciones adversas y toxicidad de la molécula.

**13. Restricciones de uso:** especificar si el medicamento debe ser restringido a alguna especialidad médica particular.

**14. Condiciones especiales de almacenamiento y manejo:** Si el medicamento requiere condiciones especiales de almacenamiento o manejo, tales como: proteger de la luz, temperatura, uso de filtros en la administración parenteral, entre otras.

**15. En caso de inclusión, señale a qué otro(s) medicamento(s) puede reemplazar el que propone.**

**16. En caso de exclusión señale a qué otro(s) medicamento(s) existentes en la lista de medicamentos puede reemplazarlo.**

**17. Modificación de renglón en la Lista de medicamentos: señalar el tipo de modificación, tales como: concentración, forma farmacéutica, vía de administración, restricciones y tipo de medicamento (Esencial o Especializado).**

**18. Referencias de Metaanálisis y Estudios Clínicos sobre eficacia y seguridad del medicamento, publicados en revistas médicas reconocidas:** anexar revisiones sistemáticas, metaanálisis, estudios clínicos. Deben estar completos, evitar adjuntar solo el abstract o resumen de la publicación. Citar el artículo con: Título, autor, revista, volumen, página y año. Puede adjuntarlos impresos o enviarlos en formato digital pdf al correo de la Comisión Nacional de Medicamentos: [conamep@minsa.gob.pa](mailto:conamep@minsa.gob.pa).

**19. Guías de tratamiento nacionales y/o internacionales:** Adjuntar guías y protocolos de tratamientos recientes y actualizadas. Enviarlas a: [conamep@minsa.gob.pa](mailto:conamep@minsa.gob.pa)

**20. Observaciones o comentarios adicionales:** señalar información pertinente adicional.

**21. Datos del Solicitante:** completar todos los datos del profesional de salud responsable, no se aceptarán solicitudes con datos incompletos. Recuerde respetar los canales jerárquicos y administrativos respectivos tal como se establece en el Reglamento de Selección de los Medicamentos a Nivel Nacional vigente.