



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY /EBSERH  
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPEUTICA**



**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO DE MEDICAMENTOS NA  
PADRONIZAÇÃO**

DATA: __/__/____		NATUREZA DA SOLICITAÇÃO:	
		INCLUSÃO:	EXCLUSÃO:
<b>Nome Comercial</b>		<b>Princípio Ativo</b>	
<b>Laboratórios Farmacêuticos Fabricantes</b>			
<b>Forma Farmacêutica</b>	<b>Concentração</b>	<b>Via de administração</b>	
<b>Justificativa Técnica</b>			
<b>Observação:</b> É obrigatório anexar: textos que comprovem a sequência de estudos realizados desde quando se administrou a substância pela primeira vez, até quando foram obtidos dados sobre sua eficácia e segurança terapêutica; literatura ou trabalhos científicos; referências bibliográficas e pesquisa farmacológica ou de novos recursos profiláticos e terapêuticos.			
<b>Dados do Solicitante</b>		<b>Serviço de Farmácia</b>	
Fone	Carimbo com CRM e assinatura do médico	Data	Carimbo com assinatura do farmacêutico
<b>Dados da Comissão de Farmácia e Terapêutica</b>			
Data do encaminhamento:	Carimbo com assinatura do membro da CFT responsável		
Data de avaliação da CFT:	Carimbo com assinatura do avaliador		
Segue em anexo o Parecer da CFT			