



Solicitação de inclusão de medicamentos na padronização

DADOS DO MEDICAMENTO:

Princípio ativo*:

Nome comercial:

Forma farmacêutica*:

Via de administração*:

Concentração/dose*:

Dose Diária Definida*:

Previsão de pacientes/mês*:

Data prevista para início
consumo*(em caso de aprovação):

Estimativa de consumo mensal*:

Existe restrição de uso?(Descreva)*

Indicação terapêutica/efeito farmacológico*:

Justificativa técnica*

Este fármaco poderá ser substituído por algum item já padronizado?

Sim Não

Se NÃO, justifique a necessidade de adicionar esta droga à padronização. Se SIM, indique qual o medicamento padronizado pode substituí-lo.

Este medicamento possui vantagens terapêuticas superiores à droga padronizada?

Sim Não

Se SIM, cite as vantagens terapêuticas sobre a droga padronizada?

Se necessário, utilize o verso.

Referências bibliográficas*:

(ANEXAR EVIDÊNCIA CIENTÍFICA E PROPOSTA DE PROTOCOLO DE UTILIZAÇÃO*)

DADOS DO SOLICITANTE

Nome do solicitante*:

Serviço/Unidade clínica*:

Assinatura e carimbo*:

Telefone para contato*: ()

Email*:

Visto do chefe do serviço*:

*Goiânia, _____ de _____ de _____.