





Anexo III - Formulário de Solicitação de alteração na padronização de medicamentos.

	COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA - CFT	
Tipo de documento: FORMULÁRIO (FOR)		
Código do documento: FOR/CFT-003	Versão: 1.0	Pg. 1/2
Assunto: SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO NA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS		

Data da solicitação: ____/____/____ Tipo: () INCLUSÃO () EXCLUSÃO () AMPLIAÇÃO () SUBSTITUIÇÃO

Solicitação número: _____ (para preenchimento da CFT*)

MÉDICO/PROFISSIONAL SOLICITANTE VINCULADO AO HU	
Medicamento (nome genérico): _____	
Forma Farmacêutica: _____	Concentração: _____
Apresentação: _____	
Uso: <input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Pediátrico	
Via de administração: _____	Posologia: _____
Indicação terapêutica: _____	
Previsão de consumo (quantidade/mês): _____	
Obs: A previsão de consumo é apenas uma estimativa baseada na demanda atual do serviço e poderá ser ajustada posteriormente se necessário. A farmácia vai adquirir o produto padronizado conforme esta previsão inicial, seguindo os trâmites normais de aquisição e avaliar o uso periodicamente.	
Consta na última edição da RENAME: () sim () não	
Integra o elenco de algum programa governamental: () sim () não	
Há protocolo de uso Institucional? () sim () não	
Existem outros medicamentos da mesma classe terapêutica, já padronizados? Quais? _____ _____	
Justifique qual a vantagem sobre o já existente? _____ _____	
Caso o parecer seja favorável à padronização, o medicamento de mesma classe, atualmente disponível, poderia ser despadronizado? Sim () Não (). Justifique: _____ _____	
Justificativa técnica/econômica para inclusão e evidências científicas (anexar referência bibliográfica* e marcar justificativas no texto): _____ _____	
Solicitante: _____ Assinatura e carimbo	Chefe da divisão/gerente: _____ Assinatura e carimbo

	COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA - CFT	
Tipo de documento: FORMULÁRIO (FOR)		
Código do documento: FOR/CFT-003	Versão: 1.0	Pg. 2/2
Assunto: SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO NA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS		

Encaminhado UAD em:/...../.....		Recebido por: _____
UNIDADE DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO (UAD)		
Laboratório	Apresentação disponível	Preço aproximado (Banco de preços/CMED)
_____	_____	_____
Registrados na Anvisa: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Obs.: _____		
Medicamento disponível no SUS: () Sim () Não		Esfera: () Municipal () Estadual () Federal
Encaminhado ao Setor Administrativo em: ____/____/____		Recebido por: _____
ADMINISTRAÇÃO		
Medicamento ressarcível SUS: () Sim, () Ambulatorial () Internado Valor:..... (Consulta SIGTAP) () Não		
Nº do procedimento (s):		
Encaminhado a CFT em:/...../.....		
Recebido por _____		
CFT		
Decisão da CFT: <input type="checkbox"/> Solicitação deferida <input type="checkbox"/> Solicitação indeferida Data: ____/____/____		
Justificativa da CFT em caso de indeferimento: _____ _____ _____		
(Assinatura do presidente da Comissão de Farmácia e Terapêutica - CFT)		
OBS.: Anexar o parecer da CFT (redigido) e demais pareceres quando aplicável		