HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

Formulário de Solicitação de Alteração na Seleção de Medicamentos

Nº do Processo _____

Iniciar processo via SEI e encaminhar à Comissão de Farmácia e Terapêutica, endereço: CFT/SUPRIN/HUGG-UNIRIO

Tipo: ( ) Inclusão ( ) Exclusão ( ) Alteração ( ) Indicação Terapêutica
( ) Concentração/Apresentação

1. Identificação do Medicamento

Nome DCB	Concentração	Apresentação

1.1. Grupo Farmacoterapêutico

_____

1.2 Objetivo terapêutico e CID

_____

1.3 Formular a questão da pesquisa utilizando a estratégia PICO (população, intervenção, controle e desfecho)

_____

1.4 Justificativa - Gostaria de incluir/excluir este medicamento porque:

(a) Não existe na atual lista de medicamentos selecionados alternativa similar para o objetivo terapêutico acima (descrever a vantagem terapêutica com eficácia clínica e segurança comprovada para o objetivo citado).

_____

(b) Existe alternativa similar, porém a forma farmacêutica é diferente da necessária (descrever a forma farmacêutica que não está contemplada e justificar a importância de sua inclusão).

_____

(c) Em caso de solicitação de exclusão, existe similar com melhor relação custo/benefício ou maior efetividade e segurança. Qual?

_____

A inclusão desta forma farmacêutica implica exclusão de outra existente na seleção? Qual? (escreva se existem estudos recentes que descrevam desvantagens terapêuticas deste medicamento, anexando as referências, ou se foi observado na prática clínica problemas com a eficácia e segurança do medicamento).

_____

2. Previsão de Consumo

2.1 Número de pacientes tratados por mês _____ Duração do tratamento:_____

2.2 Consumo do Medicamento

Apresentação (dose)	Posologia	Valor Unitário (R$)*	Gasto/tratamento/mês (R$)*	Impacto econômico/mês*

* A ser preenchido pela CFT

Importante: Anexar referências bibliográficas publicadas em periódicos científicos nacionais e internacionais, preferencialmente de **nível de evidência 1, grau A (revisões sistemáticas, meta-análises ou ensaios clínicos randomizados na ausência destas).**

Profissional Solicitante e matrícula: _____Data:_____

Clínica/Serviço: _____ Contato (e-mail e/ou tel):_____

Membro CFT responsável pelo recebimento_____**Data:**_____