

Solicitação de Compra de Medicamento não-selecionado

Data da solicitação: ___/___/___

Iniciar Processo via SEI e encaminhar à comissão de farmácia e terapêutica, endereço SEI: CFT/SUPRIN/HUGG-UNIRIO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: _____ Idade: ___ Prontoatório: _____ Sexo: ___ Enf: ___

MEDICAMENTO

Medicamento: _____ Apresentação: _____

Posologia: _____ Duração do tratamento: _____

JUSTIFICATIVA

Justificativa para compra do medicamento não-selecionado, bem como inexistência ou impossibilidade de uso de equivalente selecionado: _____

Especialidade (campo obrigatório): _____

Médico: _____ Data: : ___/___/___

Médico STAFF _____ Data: : ___/___/___

Análise da CFT:

Critérios mínimos:

Verificação de registro do medicamento na Anvisa;

Verificação da indicação solicitada estar em bula;

Verificação se há alternativa terapêutica selecionada no HUGG e se há fornecimento em alguma instância governamental;

Pesquisa de preço.

Favorável: Sim () Não (). Justificativa:

Data: ___/___/___ Assinatura CFT

À Unidade de Abastecimento Farmacêutico em: ___/___/___ Recebido por: _____