

SOLICITUD DE INCORPORACION Y/O SUSTITUCION DE MEDICAMENTOS AL ARSENAL FARMACOLOGICO:

Fecha: _____

1. Datos del solicitante:

- Nombre: _____
- UC y/o CR: _____
- Profesión: _____
- Especialidad: _____
- Su petición es :
 - A título individual.
 - Ha sido consensuada en el seno de su UC y/o CR con otros compañeros.
 - Ha sido consensuada y además, tiene el visto bueno del Jefe de UC y/o CR.

2. Antecedentes del Medicamento:

- Nombre genérico: _____
- Forma Farmacéutica (ej.: comprimido, ampolla, FA, etc.): _____
- Presentación (dosis, volumen): _____
- Nombre presentación comercial/Laboratorio: _____

3. Antecedentes Fármaco-clínicos:

- ¿Sustituye este medicamento a otro consignado en el arsenal farmacológico del hospital?:
 - No.
 - Sí, ¿a cuál?
- En caso de sustitución, esta es:
 - Total
 - Parcial
- Indicación (indicaciones) para las que se solicita en nuestro hospital:

- Indicaciones aprobadas oficialmente en Chile: _____

- Los pacientes para los que se solicita el fármaco son habitualmente atendidos en:
 - UC médico quirúrgico adulto Indiferenciado.
 - CR de urgencias
 - UC de obstetricia.
 - UC de pediatría
 - UC pabellón y recuperación.
 - UC psiquiatría Hospitalización diurna.

- o CR ambulatorio especialidades.
- o Salud del personal
- o Otro_____

4. Experiencia de uso del medicamento:

- Bibliografía disponible: Adjuntar referencias, papers y documentos. _____

- Haga una breve descripción del problema clínico para el que se solicita el Fármaco, fundamente su uso: _____

- Adjuntar trabajos clínicos efectuados en el país: _____

5. Describa según su criterio qué ventajas presenta el nuevo fármaco frente a las Alternativas actualmente aprobadas por el Comité de Farmacia y Terapéutica:

- Mayor efectividad.
- Mayor seguridad.
- Facilita la adherencia/cumplimiento.
- Mejora la administración: posología / vía de administración.
- Otras: _____

6. Necesidades Estimadas del Medicamento:

- Esquema terapéutico: _____

- Cantidad y costo de un tratamiento completo (adjuntar cotizaciones): _____

- Número estimado de pacientes a tratar en un mes: _____

Nombre y Firma Solicitante

Nombre y Jefe de Servicio