

FORMULÁRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE MEDICAMENTOS, MATERIAIS E SANEANTES

INFORMAÇÕES DO SOLICITANTE

MÉDICO | ENFERMAGEM | OPERACIONAL | MULTIDISCIPLINAR

NOME:

UNIDADE:

EMAIL:

TELEFONE:

INFORMAÇÕES DO MEDICAMENTO OU DO PRODUTO

NOME DO FÁRMACO (DCB – DENOMINAÇÃO COMUM BRASILEIRA) / MATERIAL:

NOME COMERCIAL (REFERÊNCIA OU LABORATÓRIO):

APRESENTAÇÃO (FORMA FARMACÊUTICA E DOSAGEM):

JUSTIFICATIVA PARA A INCLUSÃO OU EXCLUSÃO

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

BENEFÍCIOS ESPERADOS COM A PADRONIZAÇÃO:

COMPARAÇÃO COM MEDICAMENTOS / PRODUTO ATUALMENTE PADRONIZADOS:

VANTAGENS:

DESVANTAGENS:

EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS QUE SUPORTAM A SOLICITAÇÃO (ANEXAR ARTIGOS, ESTUDOS CLÍNICOS, ETC.):

JÁ EXISTE DEMANDA/NECESSIDADE DESTE MEDICAMENTO / PRODUTO? QUANTIFICAR:

PROJEÇÃO DE USO MENSAL/ANUAL:

VALOR ESTIMADO COM O CONSUMO:

O PRODUTO PADRONIZADO COM A MESMA FINALIDADE PODERÁ SER EXCLUÍDO? QUAL?

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

NECESSIDADE DE TREINAMENTO PARA USO DO MEDICAMENTO / PRODUTO?

A TECNOLOGIA / PRODUTO PROPOSTO ESTÁ ASSOCIADA A RISCOS, EFEITOS OU EVENTOS ADVERSOS? QUAIS?

A PROPOSTA PODE SER ACOMODADA / ADOTADA COM A ESTRUTURA FÍSICA EXISTENTE?

CONSIDERAÇÕES SOBRE ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO:

COMENTÁRIOS ADICIONAIS:

APROVAÇÕES DO GERENTE DA UNIDADE

NOME:

DATA:

PARECER TÉCNICO

AVALIAÇÃO TÉCNICA

O PRODUTO POSSUI REGISTRO NA ANVISA?

 SIM NÃO

EXISTEM JUSTIFICATIVAS TÉCNICAS E EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS DE SEGURANÇA, EFICÁCIA E EFETIVIDADE QUE JUSTIFIQUE A ALTERAÇÃO NA PADRONIZAÇÃO?

 SIM NÃO

O CUSTO EFETIVIDADE DO USO MEDICAMENTO / PRODUTO PROPOSTO FRENTE AOS RECURSOS DISPONÍVEIS JUSTIFICA A ALTERAÇÃO NA PADRONIZAÇÃO?

 SIM NÃO

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS (GTPCOM):

INCLUIR NA PADRONIZAÇÃO?

 SIM NÃO

EXCLUIR ALGUM MEDICAMENTO / PRODUTO NA PADRONIZAÇÃO?

 SIM NÃO

DATA:

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

1. Preencha todas as seções do formulário com as informações solicitadas.
2. Anexe documentos de suporte, como artigos científicos, estudos de caso e análise de custo-benefício.
3. Envie o formulário preenchido para o GTPCOM através do e-mail: cpcom.riosaude@gmail.com

ASSINATURA COORDENADOR DO GRUPO DE TRABALHO:

DATA:

HORA: