**DIRETORIA TÉCNICO ASSISTENCIAL**

**GERÊNCIA DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA E INFORMAÇÃO**

**FORMULÁRIO DE INCORPORAÇÃO DE MEDICAMENTOS**

Tipo de proposta: ( ) Inclusão ( ) Exclusão

|  |
| --- |
| Medicamento (DCB/DCI): |
| Apresenta registro na ANVISA? ( ) Sim ( ) Não |
| Apresentações (forma farmacêutica e concentração): |
| Posologia usual e duração do tratamento: |
| Previsão de consumo (pacientes/mês e quantidade/mês): |
| Indicação de uso/ Justificativa para a padronização - *Anexar evidência científica.* |
|
|
|
|
| Há medicamento com mesma indicação terapêutica já padronizado? ( ) Sim ( ) Não |
| Caso "SIM", qual o medicamento padronizado? Qual a vantagem sobre ele? *Anexar evidência científica.* |
|
|
|
|
| Caso o parecer seja favorável à padronização, o medicamento atualmente disponível poderia ser despadronizado? Justifique. ( ) Sim ( ) Não |
|
|
|
|
| A falta do medicamento impede a realização de tratamento/procedimento? ( ) Sim ( ) Não |
| Caso "SIM", qual tratamento/procedimento? |
|
| Há protocolo de uso institucional? ( ) Sim (*nesse caso, anexar*) ( ) Não |
| Dados do solicitante  Nome e registro profissional:  Unidade: Setor:  Telefone: Email: |

Encaminhado à GITI/FS em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do solicitante Assinatura e carimbo do Diretor Técnico da Unidade