

ANEXO 4 FORMULARIO DE ADICIÓN Y SUPRESIÓN DE MEDICAMENTOS DEL FORMULARIO TERAPÉUTICO NACIONAL

INSTRUCCIONES PARA LA REVISIÓN DEL FORMULARIO TERAPÉUTICO NACIONAL

DEBE LLENARSE TODAS LAS SECCIONES PERTINENTES A ESTE FORMATO, LOS FORMULARIOS INCOMPLETOS SERAN RECHAZADOS.

ADICIÓN

SUPRESIÓN

1. Nombre genérico _____
2. Nombre comercial (s) _____
3. Fabricante (s) _____
4. Señale la forma o formas de dosificación que desea incluir o excluir:
Comprimido _____ Cápsula _____ Ampolla _____
Jarabe _____ Elixir _____ Solución oral _____
Ungüento _____ Crema _____ Supositorio _____
Otras formas _____
Potencia _____
5. Indicaciones terapéuticas primarias _____
6. Categoría terapéutica _____
7. Dosificación recomendada: Adultos _____
Pedlátrica _____
8. Duración recomendada de la terapia _____
9. Resuma brevemente el fundamento terapéutico en que se basa su proposición, en relación con otros que figuran en esta categoría terapéutica. _____

10. El medicamento que se propone (incluir o excluir) puede sustituir a los siguientes productos ya incluidos en el Formulario Terapéutico Nacional.

11. Resuma brevemente su experiencia clínica en el uso del medicamento (efectos obtenidos, dosificación, efectos adversos, etc.)

12. Señale las contraindicaciones, precauciones y toxicidad asociados con el uso o abuso del medicamento.

13. Señale un mínimo de tres referencias de estudios clínicos que describan la eficacia, toxicidad o uso del medicamento. Estas referencias deberán ser de revistas profesionales de reconocido prestigio internacional.

	(Autor principal)	(Revista)	(Tomo y página)	(Año)
I.	_____	_____	_____	_____
II.	_____	_____	_____	_____
III.	_____	_____	_____	_____
IV.	_____	_____	_____	_____
V.	_____	_____	_____	_____

Nombre del solicitante _____

Firma _____

Fecha de solicitud: _____

Nota: Solo es un modelo de formato. El contenido de las solicitudes puede extenderse a más de una hoja. Los espacios comprendidos entre cada punto puede ser completados en base a la cantidad de información disponible.