

**SOLICITUD DE INCORPORACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN Y/O ELIMINACIÓN
DE MEDICAMENTO AL COMITÉ DE FÁRMACO TERAPÉUTICA**

SERVICIO SOLICITANTE _____ **FECHA SOLICITUD** _____

1. ANTECEDENTES DEL MEDICAMENTO:

a) **NOMBRE GENÉRICO** _____

b) **CLASIFICACIÓN TERAPÉUTICA:** _____

c) **INDICACIONES SOLICITADAS:**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

FORMA FARMACÉUTICA	POTENCIA	VÍA ADM	DOSIS DIARIA	COSTO DIARIO¹	DURACIÓN TRATAMIENTO²	COSTO TOTAL TRATAMIENTO³

2. MOTIVOS (requiere de por lo menos un criterio fundamental)

1

1. Considerar el precio actual de venta al sistema público y consignar las condiciones de compra.
2. En el caso de procesos que requieren de un tratamiento de largo plazo colocar el término "crónico"
3. En el caso de procesos que requieran de un tratamiento crónico calcular el costo mensual.
4. En el caso de que el nuevo principio activo solicitado para cubrir un vacío terapéutico forma parte de un grupo, proponer alternativa que ostente la mejor relación beneficio/costo. Tomar en consideración la severidad del cuadro clínico o enfermedad, así como la frecuencia y la urgencia para el uso del medicamento. Este criterio podrá aplicarse a nuevas formas farmacéuticas y/o concentraciones de principios activos.
5. Se tomará en cuenta los estudios clínicos controlados, revisiones sistemáticas, metaanálisis, estudio fármaco económicos.

A. CRITERIOS FUNDAMENTALES

- 1. Medicamento -de eficacia y seguridad demostrada- para cubrir un vacío terapéutico importante ⁴
- 2. Mayor eficacia e igual o mayor seguridad e igual o menor costo de tratamiento a la(s) alternativa(s) del Arsenal Farmacoterapéutico del Establecimiento. ⁵

Especificar la (s) alternativa (s) del Arsenal Farmacoterapéutico del Establecimiento.
a sustituir _____

- 3. Mayor seguridad e igual eficacia e igual o menor costo de tratamiento a la(s) alternativa (s) del Arsenal Farmacoterapéutico del Establecimiento. ⁵

Especificar la (s) alternativa (s) del Arsenal Farmacoterapéutico del Establecimiento.
a sustituir _____

- 4. Menor costo e igual eficacia e igual seguridad a la(s) alternativa(s) del Arsenal Farmacoterapéutico del Establecimiento. ⁵

Especificar la (s) alternativa (s) del Arsenal Farmacoterapéutico del Establecimiento.
a sustituir _____

B. CRITERIOS COMPLEMENTARIOS

- 5. Conveniencia (mayor adherencia al tratamiento, facilidad de uso, etc). Especificar:

- 6. Disponibilidad (o mayor disponibilidad) del producto en el mercado nacional. Especificar:

- 7. Restricciones de Uso: NO SI (especificar)

3. FUNDAMENTACIÓN TÉCNICA (Obligatoria)

1. Adjuntar información epidemiológica en relación a la enfermedad o situación clínica que motiva el uso del medicamento solicitado.
2. Adjuntar información completa obtenida de fuentes independientes y de reconocido prestigio en relación a eficacia clínica, seguridad o costos, que sustenten el medicamento solicitado para las indicaciones propuestas. Además, en el caso de existir otras alternativas al medicamento propuesto dentro de un grupo fármaco-terapéutico, documentar la evaluación del beneficio/costo del medicamento solicitado frente a las otras del grupo.
3. Cuando se trate de solicitud de exclusión sin sustitución, adjuntar la fundamentación técnica correspondiente.
4. Adjuntar antecedentes de su experiencia clínica con el medicamento. (si procede)

4. NECESIDADES ESTIMADAS DEL MEDICAMENTO

ESQUEMA TERAPÉUTICO _____

NÚMERO ESTIMADO DE PACIENTES A TRATAR EN UN MES _____

CORREO ELECTRÓNICO DEL SOLICITANTE: _____

MEDICO SOLICITANTE

Vº Bº JEFE DE SERVICIO

***Nota:** Utilizar hoja adicional en caso de ser necesario incluir mayor información, Favor ceñirse al presente formato de solicitud y completar toda la información requerida*

Procedimiento Incorporación y/o Eliminación y/o sustitución de Fármacos al Arsenal Farmacológico del Establecimiento.

- 1.- Médico llena solicitud de incorporación de Fármacos al Arsenal Farmacológico del Hospital, Formulario N°1, **adjuntando antecedentes bibliográficos.**
- 2.- Reúne firmas de respaldo de solicitud y se envía a Servicio de Farmacia.
- 3.- Encargada de compras cotiza y evalúa factibilidad de compra del producto.
- 4.- El médico solicitante, debe asistir a la reunión Mensual de Comité de Farmacia, en donde debe realizar una presentación en PowerPoint a los miembros del Comité, que debe contener un resumen de la evidencia científica, debe demostrar la relevancia para la necesidad del hospital y su población de pacientes, como también la relación costo-efectividad de lo solicitado, así como el impacto en el presupuesto hospitalario. En caso de no poder asistir, deberá ser presentado por el jefe del servicio, de no presentarse se deja para próxima reunión.
- 5.- Si hay observaciones o falta documentación que respalde solicitud se dejará pendiente para complementar lo presentado en siguientes reuniones.
- 6.- Si no hay observaciones y el comité está de acuerdo se autoriza la incorporación, sustitución y/o eliminación, se establecen las restricciones y la cantidad a adquirir.
- 7.- Jefe de Farmacia, secretario del Comité de Farmacia, hace llegar solicitud a encargada de compras para gestionar adquisición.
- 8.- El plazo máximo para contar con el producto aprobado es de tres meses.