

FORMULÁRIO PARA DEMANDA DE INCLUSÃO, ALTERAÇÃO OU EXCLUSÃO DE MEDICAMENTOS NO IPUB

|  |
| --- |
| TIPO DE PROPOSTA:  (   ) Inclusão    (   ) Exclusão              (   ) Alteração |
| DENOMINAÇÃO COMUM BRASILEIRA OU INTERNACIONAL DO MEDICAMENTO: |
| NOME COMERCIAL E LABORATÓRIO PRODUTOR DO MEDICAMENTO: |
| REGISTRO NA ANVISA?         (   ) Sim         (   ) Não    EM CASO AFIRMATIVO, Nº: |
| FORMA FORMACÊUTICA E CONCENTRAÇÃO DO FÁRMACO: |
| CLASSE TERAPÊUTICA DO FÁRMACO: |
| PRINCIPAIS INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS DO FÁRMACO: |
| Esquema posológico e duração do tratamento: |
|  |
| Existem ensaios clínicos controlados, metanálises ou revisões sistemáticas da literatura que demonstrem maior segurança e eficácia desse medicamento em relação a algum padronizado?  Em caso afirmativo, citar referências |
| Estimativa de custo médio de tratamento de acordo com o esquema posológico e duração do tratamento |
| Fundamentação clínica / terapêutica que justifica a inclusão / exclusão  / alteração desse medicamento na padronização |
| DADOS DO PROPONENTE: NOME: CATEGORIA PROFISSIONAL  TELEFONE E-mail: |
| DATA: |
| PARECER DO (S) AVALIADORES |