

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DO RIO DE JANEIRO

NOME DA UNIDADE: Hospital Miguel Couto

FOMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE REVISÃO DA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

TIPO DE SOLICITAÇÃO:      INCLUSÃO      EXCLUSÃO

1- Nome Genérico:

2- Nome(s) Comercial (ais):

3- Fabricante (s):

4- Especificação das formas farmacêuticas que deseja:

~~INCLUIR~~

EXCLUIR

Comprimido ( )

Xarope ( )

Pomada ( )

Drágea ( )

Solução Oral ( )

Creme ( )

Cápsula ( )

Sol. Injetável ( )

Supositório ( )

Indicações Terapêuticas primárias:

5- Classe (s) Terapêuticas (s):

6- Concentração (ões):

7- Resumir brevemente o critério terapêutico utilizado para INCLUSÃO e EXCLUSÃO do medicamento em relação a sua Terapêutica.

8- O medicamento proposto para ser incluído pode substituir o(s) da relação padronizada?

9- Resumir brevemente a experiência clínica no uso do medicamento ( efeitos obtidos, dose empregada, efeitos indesejáveis, etc.)

10- Listar as contra – indicações, advertências, toxicidade associada ao uso ou abuso do medicamento.

11- Listar no mínimo três referências de estudo clínicos publicados em revistas especializadas que descrevam a eficácia: toxicidade e / ou uso do medicamento

**Referências incluídas:**

- |    |                         |            |      |
|----|-------------------------|------------|------|
| 1- | Nome do autor principal | Referência | Ano/ |
| 2- | Nome do autor principal | Referência | Ano/ |
| 3- | Nome do autor principal | Referência | Ano/ |

**12- Nome e assinatura dos profissionais que solicitam a revisão.**