



Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
Formulário de solicitação de medicamento por Protocolo Clínico
de Tratamento de Instituição Pública de Saúde

1. IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO

Nome genérico	Concentração	Apresentação	Nome comercial e nº de registro na ANVISA

1.1 Classificação Terapêutica: _____

1.2 A indicação terapêutica está aprovada em bula? () Sim () Não

1.3 O medicamento solicitado está sob patente:

() Sim Data da expiração: _____
() Não

2. ESQUEMA TERAPÊUTICO RECOMENDADO

2.1 Dose pediátrica: usual: _____ máxima: _____ mínima: _____

2.2 Dose adulta: usual: _____ máxima: _____ mínima: _____

2.3 Duração do tratamento: () Dias () Meses () Anos () Outro. Especificar: _____

3. PREVISÃO DE CONSUMO E CUSTO

3.1 Número de pacientes com a doença tratados no serviço solicitante: _____ paciente/mês

3.2 Número de pacientes que preenchem os critérios de inclusão para usar o medicamento solicitado: _____ pacientes/mês

3.3 Prevalência da doença no Estado de São Paulo (anexar estudos comprobatórios): _____

3.4 Custo por tratamento:

Apresentação	Posologia	Valor unitário (R\$)*	Custo tratamento/paciente/mês	Nº de pacientes a serem tratados/mês	Impacto econômico/mês

* Valor vigente na tabela CMED.

3.5 Relacionar os medicamentos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde pertencentes à mesma classe terapêutica:

Medicamentos disponibilizados pelo SUS			Excluir	
Nome genérico	Concentração	Apresentação	Sim	Não

4. REFERÊNCIAS DE ESTUDOS CLÍNICOS

Anexar referências bibliográficas pertinentes, publicadas em periódicos científicos nacionais e internacionais que tenham política editorial seletiva e arbitrada pelos pares, de melhor nível de evidência disponível (Obs.: Os textos devem ser entregues apenas em meio digital – CD, DVD ou memória USB).

5. ESTUDOS FARMACOECONÔMICOS

Caso haja estudos farmacoeconômicos, o solicitante deverá anexá-los, preferencialmente estudos de custo-efetividade quando comparado com tratamentos consagrados. Deverá ainda apresentar análise crítica dos resultados dos estudos. (Obs.: Os textos devem ser entregues apenas em meio digital – CD, DVD ou memória USB).

6. DIRETRIZES E CONSENSOS NACIONAIS E INTERNACIONAIS

Caso haja diretrizes e consensos o solicitante deverá informar o nome de cada sociedade de especialistas e a recomendação de utilização do produto com respectivo nível de evidência. (Obs.: Os textos devem ser entregues apenas em meio digital – CD, DVD ou memória USB).

7. PARECERES DE CÂMARAS INDEPENDENTES NACIONAIS E INTERNACIONAIS

Consultar os pareceres de câmaras nacionais e internacionais, e informar em documento anexo, o resumo destes pareceres, e se o produto não foi avaliado por estas câmaras: Reino Unido (www.nice.org.uk); Canadá (www.cadth.ca); Nova Zelândia (www.pharmac.govt.nz) e outras. (Obs.: Os textos devem ser entregues apenas em meio digital – CD, DVD ou memória USB).

8. EXPERIÊNCIA CLÍNICA REALIZADA EM NÍVEL NACIONAL

Caso haja experiência clínica na Instituição solicitante, apresentar os resultados e respectiva publicação.

9. ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO DE CLÍNICO TRATAMENTO

Elaborar o Protocolo Clínico de Tratamento, conforme modelo disposto no anexo III desta Resolução e anexar a este Formulário.

10. IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO E MÉDICO SOLICITANTE

Nome da instituição de saúde:

CNES:

Endereço:

Nº

Complemento:

Bairro:

Município:

UF: SP

CEP:

Telefone (s): ()

Nome do médico:

CPF:

CRM Nº:

UF:

E-mail:

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura e carimbo do médico solicitante

Assinatura e carimbo do Diretor/Responsável da
Instituição

11. USO RESTRITO DA SES/SP