**Formulario de solicitud de medicamentos fuera del formulario terapéutico provincial por vía excepcional.**

**Comité Provincial de Medicamentos de Neuquén**

Nombre del Paciente: Edad: DNI:

Domicilio: Diagnostico: Cobertura social:  
  
  
1) Nombre genérico del medicamento o denominación común internacional (DCI), dosis, vía de administración y duración aproximada del tratamiento solicitado.

2) Indicación y motivo/s de solicitud.

3) ¿Considera que no existen opciones terapéuticas para este paciente dentro del FTP?

4) Describa que medicamentos, de los disponibles en el FTP, fueron utilizados en el/la paciente y cuáles fueron los resultados (toxicidad, intolerancia, interacciones medicamentosas, resistencia, progresión, etc.) completando la siguiente tabla:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre de la droga | Dosis y vía | Fecha inicio tto | Fecha fin de tto | Resultados |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

5) Describa según su criterio qué ventajas (de eficacia clínica, de seguridad, económicas, organizativas, etc.) presenta el nuevo fármaco para este paciente frente a las alternativas actualmente existentes en el FTP.

6) Complete declaración de conflictos de interés (hoja siguiente) y adjunte fotocopia de historia clínica con resultados de estudios complementarios que sean relevantes a los fines del pedido.

7) Adjunte citas bibliográficas y si es posible full-text

Datos del solicitante: Nombre, Hospital/Centro de Salud, Servicio, mail y teléfono de contacto, Fecha de Solicitud, Firma