### ANEXO N° 3: INFORME DEL COMITÉ FARMACOTERAPÉUTICO DE SOLICITUD DE USO DE UN PRODUCTO FARMACÉUTICO DEL LISTADO DE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO SUPERVISADOS.

### INFORME N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **PROCEDENCIA**

Centro o Red Asistencial: ……………………………………………………………………….

Servicio o Departamento: ..……………………………………………………………………..

1. **RECEPCIÓN DE EXPEDIENTE**

Fecha de recepción: .......................................

Completo: .......................................................

Incompleto (se devuelve): ..............................

Fecha de evaluación: ....................................

1. **DATOS DEL PACIENTE Y ANTECEDENTES**

Apellidos y nombres del paciente: ....................................................................................

N° de Autogenerado: ....................... N° de Historia Clínica: ..................... N° de teléfono…………....

Edad (meses/años): ................... Sexo: ..............Peso (kg): ............

Talla: .....................................

Diagnóstico para el cual se solicita el uso del producto farmacéutico (CIE 10):

……………….....………………………………………………………………………………………

1. **PRODUCTO FARMACEUTICO SOLICITADO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DCI, concentración, forma farmacéutica, vía de administración | Dosis diaria | Esquema de tratamiento | Cantidad solicitada\* |
|  |  |  |  |

\* Precisar periodo de tiempo

1. **RESUMEN DE LA EVALUACION POR EL COMITÉ FARMACOLÓGICO LOCAL**

Sobre la base de la información del expediente que sustenta la solicitud de autorización de uso del producto farmacéutico del Listado de Medicamentos de Alto Costo Supervisados y teniendo en cuenta información complementaria, de ser necesaria, el Comité Farmacoterapéutico del órgano correspondiente evaluará la solicitud, con el rigor técnico y ético que le compete, bajo las siguientes consideraciones (utilizar hojas adicionales de ser necesario):

1. Evaluación del paciente para determinar la necesidad de uso del producto farmacéutico solicitado: Descripción del cuadro clínico actual del paciente, refrendado con los últimos resultados de laboratorio o los informes de imagenología, según corresponda, que evidencien, con parámetros medibles, la necesidad o no del uso del producto farmacéutico; se debe considerar la evolución con el producto farmacéutico administrado inicialmente.

...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………..…

1. ¿Las circunstancias clínicas del paciente verificadas por el Comité encajan con las CONDICIONES DE USO que se consideran en el Petitorio Farmacológico de EsSalud? (Describir detalladamente)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

1. El Comité Farmacoterapéutico, después de evaluar el expediente enviado por el Médico solicitante:

AUTORIZA

NO AUTORIZA

El uso del siguiente producto farmacéutico:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Código SAP | DCI | Especificaciones técnicas | Unidad de Manejo | Tiempo de autorización de uso\* | Cantidad de unidades autorizadas\*\* |
|  |  |  |  |  |  |

*\*Se puede autorizar como máximo un año.*

*\*\* Es la cantidad que se debe adquirir para satisfacer las necesidades del paciente en el tiempo autorizado.*

2. De autorizarse su uso, indicar cómo se va a evaluar su seguridad, los resultados de su uso y cómo se va a hacer su control (indicadores de seguimiento):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

3. En caso de no autorizar el uso, sustentar el motivo:

………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nombres y Firmas de los miembros de Comité Farmacoterapéutico que evaluaron la solicitud: