



Prefeitura Municipal de Manaus
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão Permanente de Farmácia e Terapêutica

**MEDICAMENTOS
PROPOSTA**

() INCLUSÃO () EXCLUSÃO () ALTERAÇÃO

DADOS DO PROPONENTE:

Nome: _____

Cargo/função: _____

Unidade em que atua: _____

Endereço eletrônico: _____

Telefone celular: _____

1. Nome do princípio ativo em acordo com a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua ausência, com a Denominação Comum Internacional (DCI):

2. Nomes comerciais: _____
3. Unidade de fornecimento: _____
4. Concentração: _____
5. Forma farmacêutica:
() comprimido () solução oral () ampola
() cápsula () xarope () frasco-ampola
() drágea () creme () pomada
() outros. Especificar: _____
6. Classe terapêutica: _____
7. Indicação terapêutica principal: _____
8. Registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária: _____
9. CATMAT Ministério da Saúde: _____
10. Posologia e duração do tratamento:
10.1. Adulto: _____
10.2. Criança: _____
11. Previsão de consumo mensal: _____
12. Laboratórios fabricantes (no mínimo três):
12.1. _____

12.2. _____

12.3. _____

13. Propriedades farmacodinâmicas (mecanismo de ação): _____

14. Propriedades farmacocinéticas relevantes: _____

15. Justificativa terapêutica para inclusão/exclusão/alteração: _____

16. Vantagens sobre o similar da REMUME (para inclusão): _____

17. Desvantagens sobre o existente no mercado (para exclusão): _____

18. Relacionar, no mínimo, 3 (três) referências bibliográficas idôneas (Autor; Título do artigo; nome da Revista Ano/volume), dos últimos 05 (cinco) anos, em que constem ensaios clínicos e a eficácia do medicamento/produto, cuja INCLUSÃO está sendo solicitada.

18.1. _____

18.2. _____

18.3. _____

19. Relacionar, no mínimo, 3 (três) referências bibliográficas idôneas (Autor; Título do artigo; nome da Revista Ano/volume), dos últimos 05 (cinco) anos, em que constem respaldos científicos que justifiquem a EXCLUSÃO do item solicitado.

19.1. _____

19.2. _____

19.3. _____

20. Resumo de estudo farmacoeconômico (anexar) comparado (para alteração):

- () Declaro total ausência de conflito de interesses com a indústria farmacêutica e de equipamentos.

Manaus/AM, _____ de _____ de 20____

Assinatura: _____