Prefeitura Municipal de Campinas
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Medicamentos e Terapêutica

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO DE MEDICAMENTOS NA LISTA DA REMUME – CAMPINAS SP
(RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS)

Tipo de proposta: ◯ inclusão ◯ exclusão

Principio Ativo:	**Concentração/unidade de concentração**
Em caso de inclusão indique: Dose p/ adulto: _____ Dose Pediátrica: _____ Duração do tratamento: _____	
Nome(s) comercial (is)	
Forma farmacêutica ◯ comprimido ◯ cápsula ◯ drágea ◯ solução / suspensão oral ◯ xarope ◯ supositório ◯ injetável ◯ creme ◯ pomada ◯ outra. Especificar:	
Indicação terapêutica principal	
Justificativa terapêutica para a solicitação de inclusão/exclusão. OBS: No caso de existirem na REMUME alternativas para a mesma indicação terapêutica, justifique as vantagens da substituição.	
Indique as contra-indicações, precauções e toxicidades relacionadas com o uso do medicamento:	
Em caso de exclusão indique que outros medicamentos na REMUME podem substituí-los e, em caso de inclusão, que outro medicamento poderá substituir o que está sendo proposto e por qual motivo:	

LIMPAR CAMPOS

Referências bibliográficas. Listar e enviar cópias de três estudos recentes ou 1 estudo de metanálise conforme a melhor evidência científica disponível que fundamente a eficácia/efetividade do fármaco. Evitar estudos patrocinados pelos fabricantes.

a) Autor principal: Pag.	Titulo artigo-nome da revista	Ano.	Vol.
b) Autor principal: Pag.	Titulo artigo-nome da revista	Ano.	Vol.
c) Autor principal: Pag.	Titulo artigo-nome da revista	Ano.	Vol.

Indique a que nível será utilizado este medicamento:

Unidade Básica ☐ Ambulatório de Especialidade ☐ Centro de Referência ☐ Hospital ☐
PS/PA ☐ Hosp.Dia ☐ Outro ☐

Outras Informações:

O medicamento possui registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA? SIM ☐ NÃO ☐

O medicamento solicitado pertence a alguma lista da OMS? SIM ☐ NÃO ☐
Se sim, informar a qual lista da OMS pertence:_____

O medicamento está disponível no mercado nacional? SIM ☐ NÃO ☐
Consultar sites da ANVISA, ABCFarma ou Consulta Remédio (http://www.consultaremedios.com.br)

Está incluído na última lista da RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais)? SIM ☐ NÃO ☐
Consultar site do Ministério da Saúde/Departamento de Assistência Farmacêutica.
(http://portal.saude.gov.br/portal/saude/)

Existe mais de um produto do medicamento? SIM ☐ NÃO ☐
Consultar site da ANVISA

Quais?_____

Custo diário médio do tratamento (comparado) ABCFarma/Consulta remédios

Consulta Remédio (http://www.consultaremedios.com.br). Custo: _____R$/dia

Apoio à pesquisa de estudos de evidência clínica:

- Cochrane – http://www.cochrane.org
- Australian Prescriber – http://www.australianprescriber.com/
- Therapeutics Initiative-Evidence-based Drug Therapy: http://www.ti.ubc.ca/

Consensos Nacionais e Internacionais:

- NIH (National Institute of Health-EUA) - http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/index.htm
- Diretrizes da Associação Médica Brasileira – http://amb.org.br

Outras informações:

- BNF 44ed. Setembro de 2002 - http://www.bnf.org
- FDA -http://www.fda.gov
- Medscape DrugInfo -http://www.medscape.com

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO E PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO SERVIÇO DE SAÚDE: _____ CNES: _____

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: _____

CARGO/FUNÇÃO: _____

CONSELHO DE CLASSE: _____ REGISTRO Nº: _____

CPF: _____ E-MAIL:_____ TELEFONE: _____

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE

Declaro não haver conflito de interesses na recomendação acima.

_____ Assinatura e carimbo

_____ Data

Observação: As solicitações de indicações sem referência de bibliografia ou com estudos produzidos pelo fabricante não serão avaliadas. Apenas serão analisadas as propostas preenchidas integralmente e com dados suficientes para análise. Cada formulário de solicitação deve corresponder a apenas um medicamento (princípio ativo). No caso de propostas de substituição, referir claramente o medicamento que se pretende substituir.