ACCG

SOLICITAÇÃO DE PADRONIZAÇÃO / EXCLUSÃO DE MEDICAMENTOS

TIPO DE SOLICITAÇÃO

☐ PADRONIZAÇÃO ☐ EXCLUSÃO

NOME DO SOLICITANTE	SETOR (SIGLA)

IDENTIFICAÇÃO DO PRODUTO

NOME GENÉRICO

NOME COMERCIAL

FORMA FARMACÊUTICA/ CONCENTRAÇÃO	CONSUMO MENSAL

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA

FUNDAMENTAÇÃO TERAPÊUTICA/ JUSTIFICATIVA DE EXCLUSÃO

O PRINCÍPIO ATIVO SUGERIDO SUBSTIUTI COM VANTAGENS OUTRO PRODUTO PADRONIZADO?

☐ SIM ☐ NÃO

OBSERVAÇÃO: ANEXAR CÓPIA DE TRABALHO CIENTÍFICO REFERENTE AO PRODUTO

DATA	CARIMBO E ASSINATURA DO SOLICITANTE	DATA	CARIMBO E ASSINATURA DO CHEFE DO SETOR

PARECER DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

DATA	CARIMBO E ASSINATURA DO(A) CHEFE DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

F-35.239