



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
COMISSÃO DE FARMACOLOGIA

LISTA DE VERIFICAÇÃO DA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO POR PROTOCOLO CLÍNICO DE TRATAMENTO DE INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE SAÚDE

SIM	NÃO	Formulário de Solicitação de Medicamento por Protocolo Clínico de Tratamento
		Os campos estão preenchidos de forma legível
		Possui a assinaturas do médico solicitante
		Possui assinatura do diretor/responsável da Instituição
		Possui parecer da Comissão de Farmacologia da Instituição, assinado pelo respectivo presidente
SIM	NÃO	Preenchimento de forma completa os campos
		Identificação do medicamento
		Esquema terapêutico recomendado
		Previsão de consumo e custo
		Identificação da instituição e médico solicitante
SIM	NÃO	Anexos
		Referências de estudos clínicos
		Estudos farmacoeconômicos
		Diretrizes e consensos nacionais e internacionais
		Pareceres de câmaras independentes nacionais e internacionais
		Experiência clínica realizada em nível nacional
SIM	NÃO	Protocolo Clínico de Tratamento Elaborado conforme modelo do Anexo III
		Nome do protocolo
		Nome dos medicamentos
		Data de elaboração
		Autores
		Palavras-chave
		Métodos utilizados
		Introdução
		Classificação Internacional da Doença – CID 10
		Diagnóstico
		Critérios de inclusão
		Critérios de exclusão
		Tratamento
		Tempo de tratamento
		Monitorização
		Referências bibliográficas