**ANEXO No.5**

**SOLICITUD DE EXCLUSIÓN O MODIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS**

**AL LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS DEL MINSAL (LOM/MINSAL)**

**Nombre del establecimiento de salud solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Marque con una (X) el tipo de propuesta: Exclusión: \_\_\_\_\_ o modificación: \_\_\_\_\_

* **Identificación del medicamento**

Denominación Común Internacional (DCI): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Grupo terapéutico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre genérico (DCI)** | **Concentración** | **Forma farmacéutica** | **Vía de administración** | **Presentación** |
|  |  |  |  |  |

**PROPUESTA DE MODIFICACIÓN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre genérico (DCI)** | **Concentración** | **Forma farmacéutica** | **Vía de administración** | **Presentación** |
|  |  |  |  |  |

* **Motivos por el que se solicita la exclusión o modificación**

Alerta sanitaria □

Existencia de nuevas moléculas que superan a las existentes en el LOM MINSAL □

Cambio de normas o protocolos de tratamiento □

Contraindicaciones absolutas y relativas e interacciones □

Precauciones y advertencias relacionadas con embarazo, lactancia, niños □

Geriatría y cuadros clínicos específicos

Limitaciones de uso en otros países □

Retiro del mercado farmacéutico □

Otros □

Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SOLICITUD DE EXCLUSIÓN O MODIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS**

**AL LISTADO OFICIAL DE MEDICAMENTOS DEL MINSAL (LOM/MINSAL)**

* **En caso de exclusión que otros medicamentos existentes en el LOM/MINSAL pueden reemplazarlo**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Datos del solicitante:**

Nombre, Firma, Sello del Solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico y Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **RESERVADO COMITÉ FARMACOTERAPEUTICO LOCAL**  **(En el caso de las Dependencias y Unidades del Nivel Superior o programas nacionales deberá ser completado por jefatura o médicos especialistas correspondiente)** |
| Justificación y Conclusiones: |

**Firma y Sello de cada uno de los Miembros del Comité**

(En el caso de las Dependencias y Unidades del Nivel Superior o programas nacionales deberá ser firmado por jefatura o médicos especialistas correspondiente)