

**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)