



Prefeitura do Município de Linhares
Secretaria Municipal da Saúde
Departamento de Assistência Farmacêutica
Comissão Farmacoterapêutica - CFT

Solicitação de Inclusão, Exclusão ou Substituição de Medicamentos na Relação de Medicamentos Essenciais - REMUME

INCLUSÃO EXCLUSÃO SUBSTITUIÇÃO

1- Nome genérico do medicamento: _____

2- Nomes comerciais: _____

3- Designar a forma farmacêutica que deseja que seja incluída /excluída:

Comprimidos Cápsula Solução oftalmológica Susp. Oral

Solução Oral Pomada Creme Supositório

4-Indicações terapêuticas sugeridas:



Prefeitura do Município de Linhares
Secretaria Municipal da Saúde
Departamento de Assistência Farmacêutica
Comissão Farmacoterapêutica - CFT

5- Em caso de inclusão indique:

Dose p/ Adulto:

Dose Pediátrica:

Duração do tratamento:

6- Razões terapêuticas para a Inclusão, exclusão ou substituição do medicamento proposto:

Obs. No caso de existirem na REMUME alternativas para a mesma indicação terapêutica, justifique as vantagens da substituição.

7- Outras informações:

- Esta incluído na lista da RENAME (Relação Nacional de Medic. Essenciais)?

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/renome2010final.pdf> SIM NÃO



**Prefeitura do Município de Linhares
Secretaria Municipal da Saúde
Departamento de Assistência Farmacêutica
Comissão Farmacoterapêutica - CFT**

Solicitante / Carimbo: _____

Cargo: _____

Fone contato: () _____ () _____

Endereço Eletrônico: _____

Instituição: **PREFEITURA MUNICIPAL DE LINHARES**

OBSERVAÇÕES:

- 1. Apenas serão analisadas as propostas preenchidas integralmente e com dados suficientes para análise. Cada ficha deve corresponder a apenas um produto (princípio ativo). Nos casos de propostas de substituição, referir claramente o produto que se pretende ver substituído.**
- 2. As solicitações serão avaliadas pela COMISSÃO DE FARMACOTERAPEUTICA, instituída no Município.**
- 3. Quanto ao PRAZO DE ENTREGA DAS SOLICITAÇÕES, as mesmas devem ser preenchidas e entregues até 04 de março de 2011.**