

Anexo II:

**SOLICITUD DE INCLUSION A LA COMISI3N DE USO RACIONAL DEL
MEDICAMENTO DE NUEVOS MEDICAMENTOS PARA EL BOTIQUIN DE
URGENCIAS Y/O ATENCION CONTINUADA**

1. Nombre del principio/s activo/s genérico o D.C.I.:

2. Nombre comercial:

3. Laboratorio:

4. Forma farmacéutica (comprimidos, cápsulas, solución, ampollas,...):

5. Posología habitual:

6. Acción farmacológica principal y uso terapéutico para el que se solicita su inclusión (justificación):



7. Principios activos o medicamentos equivalentes o comparables, ya existentes en el botiquín del Centro. ¿Se podría retirar alguno de ellos?

8. Razones clínicas por las cuales se considera superior a los principios activos citados en el apartado anterior: (eficacia, seguridad o coste). Aporte la bibliografía científica que avale su solicitud.

9. Si existe un protocolo o guía de práctica clínica escrito en su centro, que incluya tratamientos farmacológicos para esa indicación, por favor, adjunte una copia. **(Para medicamentos de diagnóstico/uso hospitalario (DH, H), es obligatorio adjuntar protocolo.** Recomendamos utilizar el modelo de "CONTENIDO FORMAL MÍNIMO DE UN PROTOCOLO TERAPEUTICO ASISTENCIAL".

Fecha:

Solicitado por:

Fdo (indicar nombre, apellidos) :

E- mail: _____

Centro de Salud de _____

Vº Bº el/la Jefe de Zona Básica de Salud o coordinador/a médico del EAP.

Fdo (indicar nombre, apellidos) :

AUTORIZADO: SI NO

Enviar firmado por el solicitante y el JZB o coordinador médico del EAP, escaneado al correo electrónico:

dpsagunto_ap_farmacia@gva.es

Una vez evaluado en la CURM, se notificará por correo electrónico resolución de la aprobación o no para su inclusión