

FICHA TÉCNICA PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS NÃO DISPONÍVEIS NA INSTITUIÇÃO**Código: HCF-SUPER-FOR-1****Revisão: 1**

Paciente: _____

Registro hospitalar: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Medicamento Solicitado: _____

DISPONÍVEL na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) OU disponível na Relação Estadual de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica de São Paulo (antigo alto custo - Uso de LME) OU Disponível na Relação Estadual de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica:

 Sim Não Observações: _____<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/rename><https://saude.sp.gov.br/ses/>

Se Não: Declaro para os devidos fins de direito para instrução ao processo de solicitação de medicamento que **não é possível atendimento a esse paciente com as alternativas disponíveis no SUS.**

Assinatura / Carimbo: _____

CPF: _____ - _____ Especialidade: _____

Justificativa:_____

Descritivo adicional e tempo previsto de tratamento: (descreva o mais detalhado possível o medicamento, incluindo via de administração, concentração e outras informações relevantes, bem como o tempo previsto de utilização):

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES: Declaro para os devidos fins de Direito que NÃO POSSUO relação com a indústria de medicamentos ou similar de qualquer natureza relacionado ao item solicitado que possam configurar conflitos de interesses, ainda que em potencial, tais como recebimento de reembolso, honorários para eventos científicos, palestras, consultorias, entre outros.

Data ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante**AUTORIZADO:** Sim Não**AVALIAR PADONIZAR:** Sim Não

Data ____/____/____

Assinatura e Carimbo do Diretor HCFAMEMA