

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología

Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica

Teléfono: 2539-0000 ext. 8601

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr**FORMULARIO PARA SOLICITUD DE MEDICAMENTOS INCLUIDOS EN EL FORMULARIO TERAPÉUTICO INSTITUCIONAL (FTI/LOM) EN FORMA CRÓNICA PARA ATENDER SITUACIONES EXCEPCIONALES POR NO CUMPLIR LINEAMIENTOS O ESTAR FUERA DE INDICACIONES OFICIALES**Tratamientos mayores a 30 días / uso crónico
Código del formulario: _____ Fecha de vigencia: ____/____/____**CRITERIOS DE APLICACIÓN OBLIGATORIOS**

Este formulario se utiliza para solicitar al Comité Central de Farmacoterapia (CCF) la autorización de tratamientos mayores a 30 días con medicamentos incluidos en el FTI, cuando: (A) la situación clínica del paciente no está contemplada en el lineamiento institucional de uso; o (B) se propone el uso excepcional fuera de la indicación oficial del medicamento. No corresponde a solicitudes agudas que requieran resolución en menos de 24 horas. El CCF es el órgano encargado de evaluar, analizar, resolver y comunicar la solicitud. Es obligatorio adjuntar la justificación técnico-científica, un resumen completo de la evidencia y, en el caso de medicamentos fuera de indicación oficial, el consentimiento informado firmado. El Comité Local de Farmacoterapia (CLF) debe dar seguimiento a todo tratamiento avalado y remitir informes a la Dirección de Farmacoepidemiología cada 6 meses mediante la herramienta institucional. **No se tramitarán formularios ilegibles, incompletos, sin firmas o sin los anexos obligatorios.**

1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y DE LA SOLICITUD

Centro de salud:		Unidad programática:
Servicio solicitante:		Fecha: ____/____/____
Tipo de solicitud:	☐ Primera vez ☐ Continuación ☐ Modificación de dosis/esquema	
Ruta de solicitud:	☐ A. Situación clínica no contemplada en lineamiento institucional ☐ B. Uso fuera de indicación oficial	
Periodo solicitado:	Del ____/____/____	al: ____/____/____

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y DEL PRESCRIPTOR

Paciente:		Identificación:
Edad:	_____ años	Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino
Peso:	_____ kg	Talla / ASC: _____ cm / _____ m ²
Médico prescriptor:		Código:
Especialidad:		Teléfono:
Correo institucional:		

3. MEDICAMENTO Y PLAN DE PRESCRIPCIÓN

Principio activo:			
Presentación / fuerza:			
Dosis:		Frecuencia / intervalo:	
Vía:		Duración prevista:	
Indicación solicitada:			
En continuación:	Fecha de inicio: ____/____/____ Clave/acuerdo previo del CCF: _____		

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología
Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica
Teléfono: 2539-0000 ext. 8601
Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

4. CLASIFICACIÓN Y FUNDAMENTO DE LA SOLICITUD

Marque una única ruta y complete solamente el apartado correspondiente. En ambos casos debe demostrarse la excepcionalidad clínica individual y la imposibilidad o inadecuación de las alternativas institucionales aplicables.

☐ **RUTA A: SITUACIÓN CLÍNICA NO CONTEMPLADA EN EL LINEAMIENTO INSTITUCIONAL DE USO**

Nombre del lineamiento o restricciones de uso:	
Situación no contemplada:	

☐ **RUTA B: USO EXCEPCIONAL FUERA DE LA INDICACIÓN OFICIAL DEL MEDICAMENTO**

Indicación solicitada fuera de etiqueta:	
Consentimiento informado:	☐ Se adjunta copia firmada por el paciente o representante legal ☐ No aplica (justificar): _____

5. DIAGNÓSTICO, CONDICIÓN CLÍNICA Y EPICRISIS

Diagnóstico principal:		Estadio / gravedad:	
Objetivo terapéutico individual:			
Epicrisis cronológica:			

6. TRATAMIENTOS PREVIOS, ACTUALES Y ALTERNATIVAS INSTITUCIONALES

Documente las alternativas utilizadas para la condición clínica, incluyendo dosis máxima o adecuada, duración, respuesta, intolerancia, contraindicación o motivo de no utilización. En continuaciones, incluya el tratamiento solicitado y la respuesta obtenida.

Medicamento / intervención	Fecha inicio	Dosis y duración	Fecha suspensión	Respuesta / toxicidad	Motivo de suspensión o de no uso

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología

Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica

Teléfono: 2539-0000 ext. 8601

Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

Medicamento / intervención	Fecha inicio	Dosis y duración	Fecha suspensión	Respuesta / toxicidad	Motivo de suspensión o de no uso

7. RESULTADOS OBJETIVOS Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Adjunte resultados de laboratorio, gabinete, escalas, evaluaciones funcionales u otros indicadores relevantes. Para solicitudes de continuación, presente resultados comparativos previos y posteriores al inicio del medicamento.

Fecha	Estudio / escala	Resultado	Valor de referencia o basal	Interpretación clínica / tratamiento vigente

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Dirección de Farmacoepidemiología
Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica
Teléfono: 2539-0000 ext. 8601
Correo electrónico: coincss@ccss.sa.cr

8. JUSTIFICACIÓN BASADA EN EVIDENCIA Y BALANCE BENEFICIO-RIESGO

Síntesis de la evidencia aplicable: describa eficacia, seguridad, calidad de la evidencia y aplicabilidad al caso. Adjunte bibliografía.

9. DECLARACIÓN DEL MÉDICO PRESCRIPTOR

Declaro que la información consignada es veraz, completa y corresponde al estado clínico actual del paciente; que esta solicitud se realiza sin conflicto de interés que comprometa la imparcialidad de la información; que he valorado las alternativas institucionales disponibles; y que me comprometo a documentar objetivamente la evolución, eficacia, seguridad y adherencia al tratamiento. En caso de uso fuera de indicación oficial, declaro que expliqué al paciente o a su representante legal la naturaleza excepcional del tratamiento, sus beneficios esperados, riesgos, incertidumbres y alternativas, y que se obtuvo el consentimiento informado correspondiente.

Nombre: _____ Código: _____ Firma: _____ Fecha: ____/____/____

10. CRITERIO DEL COMITÉ LOCAL DE FARMACOTERAPIA (CLF)

Verificación documental:	☐ Completa ☐ Incompleta (no remitir hasta subsanar)		
Criterio del CLF:			
Recomendación:	☐ Recomienda avalar ☐ No recomienda avalar ☐ Solicita información adicional		
N.º de sesión:		Fecha:	____/____/____
Coordinador/a CLF:			Código:
Firma o Secretaría Técnica:			

El médico tratante y el Comité Local de Farmacoterapia se comprometen a dar seguimiento al tratamiento autorizado y a remitir a la Dirección de Farmacoepidemiología, cada 6 meses, el informe correspondiente mediante la herramienta institucional definida para esto..