

**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) POR NO CONTAR CON NIVEL DE USUARIO**

Código del formulario: _____ Fecha de vigencia: ____/____/____

CRITERIOS DE APLICACIÓN OBLIGATORIOS

Este formulario se utiliza para solicitar al Área de Medicamentos y Terapéutica Clínica la autorización de tratamientos con medicamentos incluidos en el FTI y que el prescriptor no cuente con la especialidad avalada por la restricción establecida (E, HE, HRE) y/o el nivel de usuario establecido para el medicamento. El AMTC es el órgano encargado de evaluar, analizar, resolver y comunicar la resolución de solicitud.

El especialista que se encuentre en cualquier nivel de atención podrá disponer de los medicamentos autorizados para su especialidad, acorde con las restricciones indicadas en el FTI/LOM correspondientes y no deberá realizar el trámite de la SA.

No se tramitarán formularios ilegibles, incompletos o sin firmas**1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y DE LA SOLICITUD**

Fecha: ____/____/____	Centro de salud:
Unidad programática:	Nivel de usuario:
Servicio solicitante:	

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:		Código 1-10	
Presentación / fuerza:			
Dosis:		Frecuencia / intervalo:	
Vía:		Duración prevista:	
Indicación solicitada:			

4. DIAGNÓSTICO, CONDICIÓN CLÍNICA Y EPICRISIS

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



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

**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**5. 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

6. 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

7. 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

8 RESPONSABLE DEL ANÁLISIS DE LA SOLICITUD

Se avala: ☐ Si ☐ No

Nombre:

Firma: