

**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 AGUDA PARA ATENDER SITUACIONES EXCEPCIONALES POR NO CUMPLIR LINEAMIENTOS O ESTAR FUERA DE INDICACIONES OFICIALES**

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

CRITERIOS DE APLICACIÓN OBLIGATORIOS

Este formulario es de uso exclusivo para casos agudos que representen una amenaza para la vida y requieran una resolución en menos de 24 horas; el medicamento solicitado debe estar incluido en el FTI y utilizarse en una situación no contemplada por los lineamientos institucionales, por incumplimiento de sus criterios o por encontrarse fuera de indicaciones oficiales. El tiempo máximo de prescripción es de 30 días. Cuando se requiera tratamiento por un periodo mayor, la solicitud deberá elevarse al CCF una vez resuelta la necesidad aguda, mediante el días mediante el Formulario para solicitud de medicamentos incluidos en el FTI para atender situaciones excepcionales por no cumplir lineamientos o estar fuera de indicaciones oficiales. **No se tramitarán formularios ilegibles, incompletos o sin documentación clínica objetiva que sustente la solicitud.**

1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y DE LA SOLICITUD

Centro de Salud:		
Servicio solicitante:		Fecha de solicitud:
Modalidad de atención:	☐ Horario ordinario ☐ Horario extraordinario	____/____/____

2. IDENTIFICACIÓN Y CONDICIÓN DEL PACIENTE

Nombre completo:			Identificación:
Edad:	_____ años	Sexo:	☐ Femenino ☐ Masculino
Peso:	_____ kg	Talla / ASC:	_____ cm / _____ m ²
Diagnóstico principal:			

3. MEDICAMENTO INCLUIDO EN EL FTI SOLICITADO

Principio activo:			Código:
Presentación / concentración:			
Indicación solicitada:			
Dosificación:	Dosis: _____ Vía: _____ Intervalo: _____ Ajustes: _____		
Duración solicitada:	_____ días (máximo 30)	Cantidad total:	_____
Inicio requerido:	Fecha: ____/____/____	¿Continuación de tratamiento? ☐ No ☐ Sí. Explique: _____	



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. TIPO DE SITUACIÓN EXCEPCIONAL AGUDA

Marque la condición aplicable:

- ☐ No cumple uno o más criterios de un lineamiento institucional ☐ Indicación no contemplada en el lineamiento
☐ Uso fuera de indicaciones oficiales ☐ Más de una de las anteriores

Lineamiento institucional relacionado:

Criterio(s) que no se cumple(n) o situación no contemplada:

5. RESUMEN CLÍNICO

Epicrisis: *resuma la evolución clínica, gravedad actual, comorbilidades, complicaciones y cualquier elemento relevante para el análisis.*

**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**6. RESULTADOS OBJETIVOS QUE SUSTENTAN LA SOLICITUD**

Fecha	Prueba / estudio / escala	Resultado	Interpretación clínica

Adjuntos obligatorios según el caso: laboratorios, imágenes, reportes, escalas, epicrisis, notas de evolución u otros documentos que permitan verificar la condición clínica.

7. ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS INSTITUCIONALES VALORADAS

Alternativa FTI / lineamiento	Dosis y duración	Resultado o contraindicación	Razón por la que no resuelve la situación aguda

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.

**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**9. DATOS DEL MÉDICO PRESCRIPTOR**

Nombre completo:			Código: _____
Especialidad / servicio:		Teléfono / extensión:	
Correo institucional:			Firma digital / firma: _____

10. EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DESIGNADO POR LA DIRECCIÓN GENERAL

Nombre completo	Código	Especialidad / disciplina	Rol en el análisis	Firma y fecha/hora

DECISIÓN DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO☐ AVALADO ☐ NO AVALADO Fecha: ____/____/____ Hora: _____ Clave o consecutivo local: _____

Fundamento de la decisión:

En caso de aval: periodo autorizado ____ días (máximo 30) Cantidad autorizada: _____

Visto bueno de la Dirección General o autoridad delegada, según mecanismo local: Nombre: _____ Firma: _____
Fecha: _____**DECLARACIÓN Y CONTROL DOCUMENTAL**

El aval emitido mediante este mecanismo es excepcional, local, limitado al periodo autorizado y no modifica los lineamientos institucionales ni constituye autorización automática para continuidad. El formulario, sus adjuntos y el seguimiento deben conservarse en el expediente clínico y en los registros del CLF. Los eventos adversos deberán notificarse por los mecanismos institucionales correspondientes.