

**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 URGENTE DE MEDICAMENTOS NO INCLUIDOS EN EL FORMULARIO TERAPÉUTICO INSTITUCIONAL (FTI/LOM) EN FORMA AGUDA PARA ATENDER SITUACIONES EXCEPCIONALES

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

CRITERIOS DE APLICACIÓN OBLIGATORIOS

Este formulario aplica únicamente para medicamentos con registro vigente en el Ministerio de Salud de Costa Rica y con disponibilidad inmediata para su adquisición, y cuando concurren todas las siguientes condiciones: (1) existe una situación urgente en la que la vida del paciente está en riesgo; (2) el medicamento solicitado no está incluido en el FTI; y (3) no es clínicamente seguro esperar el trámite ordinario. En horario ordinario, la solicitud debe remitirse de forma urgente y justificada a la Dirección de Farmacoepidemiología (DFE) para análisis por sus áreas técnicas. Fuera del horario ordinario, cuando la situación no pueda esperar, se aplicará el mecanismo local definido por la Dirección General y deberá notificarse a la DFE dentro de las siguientes 24 horas hábiles, aportando la justificación técnica y clínica. Si se autoriza, la adquisición corresponde al Servicio de Farmacia de la unidad solicitante y se financiará con presupuesto local. El Comité Local de Farmacoterapia (CLF) debe dar seguimiento al caso.

1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO, SOLICITUD Y RUTA DE TRÁMITE

Unidad programática:		Centro de salud:
Servicio solicitante:		Fecha de solicitud: ____/____/____
Ruta de trámite:	☐ A. Solicitud urgente para autorización previa de la DFE (horario ordinario) ☐ B. Resolución local fuera de horario y notificación posterior a la DFE dentro de 24 horas hábiles	

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 NO INCLUIDO EN EL FTI SOLICITADO

Principio activo:			Nombre comercial:
Presentación / concentración:			
Indicación solicitada:			
Dosificación:	Dosis: _____ Vía: _____ Intervalo: _____ Ajustes: _____		
Duración solicitada:	_____ días	Cantidad total:	_____
Fecha de inicio requerido:	____/____/____	¿Continuación de terapia?	☐ No ☐ Sí. Clave previa: _____
Alternativa comercializada en el país, con disponibilidad para compra inmediata	☐ Sí ☐ No	Titular / distribuidor:	

**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. RESUMEN CLÍNICO, RIESGO PARA LA VIDA Y NECESIDAD DE ATENCIÓN URGENTE

Epícrisis: describa la evolución clínica, gravedad actual, comorbilidades, complicaciones y elementos relevantes para el análisis.

Justificación de la urgencia: explique por qué no es clínicamente seguro esperar el trámite ordinario o una alternativa no inmediata.

5. RESULTADOS OBJETIVOS QUE SUSTENTAN LA SOLICITUD

Fecha	Prueba / estudio / escala	Resultado	Interpretación clínica

Adjunte los resultados de laboratorio, imágenes, escalas, epicrisis, notas de evolución u otros documentos que permitan verificar la condición clínica y el riesgo vital.

6. ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS INSTITUCIONALES Y COMERCIALIZADAS VALORADAS

Alternativa valorada	Dosis / disponibilidad	Resultado, contraindicación o limitación	Razón por la que no resuelve la urgencia

**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

7. JUSTIFICACIÓN BASADA EN EVIDENCIA, BALANCE BENEFICIO-RIESGO

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

Beneficio clínico esperado y objetivo terapéutico medible:

Referencias adjuntas: ☐ Guía clínica ☐ Evaluación de tecnología sanitaria / revisión sistemática ☐ Ensayo clínico ☐ Serie o reporte de casos ☐ Otra:

8. DATOS Y DECLARACIÓN DEL MÉDICO PRESCRIPTOR

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

Declaro que la información aportada es completa y verificable, que la opción solicitada no está incluida en el FTI y que se confirmó una alternativa comercializada en el país con disponibilidad para compra inmediata. **Fecha:** ____/____/____

**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. RECEPCIÓN Y ANÁLISIS TÉCNICO DE LA DIRECCIÓN DE FARMACOEPIDEMIOLOGÍA

Fecha/hora de recepción:	___/___/___	Consecutivo DFE:	_____
Medio de recepción:	☐ Correo institucional ☐ SAYC ☐ Otro: _____		
Áreas técnicas participantes:	☐ AMTC ☐ AFEC ☐ Otra: _____		
Analistas responsables:	_____		
Información adicional solicitada:	☐ No ☐ Sí. Fecha: _____ Detalle: _____		
Fecha/hora de cierre del análisis:	___/___/___	Tiempo de respuesta:	_____ horas

10. CRITERIO TÉCNICO Y RESOLUCIÓN DE LA DIRECCIÓN DE FARMACOEPIDEMIOLOGÍA

Síntesis del análisis técnico-clínico y de la aplicabilidad de la evidencia al caso:

RESOLUCIÓN: ☐ AUTORIZADO ☐ NO AUTORIZADO ☐ REQUIERE INFORMACIÓN ADICIONAL

En caso de autorización: periodo autorizado _____ días Cantidad autorizada: _____ Costo máximo autorizado: ₡ _____

Fundamento de no autorización o información pendiente, cuando corresponda:

Clave / número de autorización: _____ Fecha: ___/___/___

Nombre y firma de la autoridad competente de la DFE: _____

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.