

**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 AUTORIZACIÓN DE USO DE MEDICAMENTOS NO INCLUIDOS EN EL FORMULARIO TERAPÉUTICO INSTITUCIONAL (FTI/LOM) APOYADOS MEDIANTE EL PROCEDIMIENTO TRANSITORIO**

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

CRITERIOS DE APLICACIÓN OBLIGATORIOS

Este formulario se utiliza exclusivamente para solicitar medicamentos no incluidos en el FTI/LOM que hayan sido incorporados expresamente a un procedimiento transitorio vigente, mientras concluye el proceso institucional de ETS y se incluye el medicamento en FTI/LOM. El medicamento, la indicación y las características del paciente deben ajustarse a los criterios definidos por la Dirección de Farmacoepidemiología (DFE). No corresponde a una vía de atención urgente ni sustituye el mecanismo previsto para situaciones con riesgo vital. No se requiere adjuntar una nueva revisión de evidencia científica; la solicitud debe demostrar, con información clínica objetiva, el cumplimiento de los criterios del procedimiento transitorio, el plan de tratamiento y el seguimiento. El CCF es el órgano encargado de analizar, resolver y comunicar cada solicitud. En caso de aval, la adquisición y el financiamiento corresponden a la unidad solicitante con presupuesto local. El Comité Local de Farmacoterapia (CLF) debe dar seguimiento a todos los casos autorizados.

No se tramitarán solicitudes ilegibles, incompletas, sin firmas o sin los documentos clínicos requeridos.**1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y DE LA SOLICITUD**

Centro de salud:		Unidad programática:	
Servicio solicitante:		Fecha de solicitud:	____/____/____
Médico prescriptor:		Código:	
Especialidad:		Teléfono:	

2. IDENTIFICACIÓN Y CONDICIÓN DEL PACIENTE

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

3. MEDICAMENTO Y REFERENCIA DEL PROCEDIMIENTO TRANSITORIO

Principio activo:		Nombre comercial (si aplica):	
Dosificación solicitada:	Dosis: _____ Vía: _____ Intervalo: _____ Ciclo / esquema: _____		

4. RESUMEN CLÍNICO Y JUSTIFICACIÓN INDIVIDUAL DE LA SOLICITUD

Epícrisis: describa diagnóstico, evolución, estadio o gravedad, estado funcional, comorbilidades y situación clínica actual, importante detallar cumplimiento del lineamiento para el uso institucional del medicamento.

**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. 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 el medicamento y la indicación corresponden a un procedimiento transitorio vigente; que el paciente cumple los criterios establecidos; y que se implementará el plan de tratamiento, monitorización y seguimiento consignado. Comprendo que el eventual aval es individual, condicionado y no constituye incorporación del medicamento al FTI ni autorización automática para otros pacientes. Fecha: ____/____/____

6. CRITERIO DEL COMITÉ LOCAL DE FARMCOTERAPIA

☐ SI CUMPLE (elevar al CCF) ☐ NO CUMPLE (devolución de solicitud) Fecha: ____/____/____ Hora: _____

7. DECLARACIÓN Y CONTROL DOCUMENTAL

El aval emitido mediante este procedimiento es individual, condicionado al cumplimiento de los criterios vigentes y limitado al periodo, dosis y cantidad autorizados. No implica incorporación del medicamento al FTI, no modifica los lineamientos institucionales y no genera autorización automática para otros pacientes o para continuidad. El formulario, sus adjuntos, la resolución del CCF, los documentos de compra y los informes de seguimiento deben conservarse en los registros del CLF, Farmacia y la unidad solicitante. Los eventos adversos e incidentes relacionados con medicamentos deberán notificarse mediante los mecanismos institucionales vigentes.