

**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 LA SOLICITUD DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS DE UN NUEVO MEDICAMENTO NO DISPONIBLE EN EL FORMULARIO TERAPÉUTICO INSTITUCIONAL (FTI/LOM) DE LA CCSS**

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

CRITERIOS DE APLICACIÓN OBLIGATORIOS

Antes de llenar este formulario, se debe verificar que el medicamento tenga registro Sanitario en Costa Rica.

No se realizarán Evaluaciones de Tecnologías Sanitarias de medicamentos que no tengan registro sanitario en Costa Rica.

Este formulario debe entregarse al Comité Local de Farmacoterapia, que verificará si cumple con toda la información requerida y lo elevará a la Dirección de Farmacoepidemiología a través del sistema oficial de gestión de correspondencia en la institución.

Las solicitudes serán revisadas en las áreas técnicas de la Dirección de Farmacoepidemiología para verificar el cumplimiento de los requisitos y las que cumplan serán sometidas a la herramienta de priorización correspondiente, lo que se espera tome un plazo aproximado de 2 semanas, tiempo en el que se dará una respuesta al solicitante, respecto a la aceptación o no de la solicitud y el tiempo aproximado para agendar la Evaluación de Tecnología Sanitaria, cuando corresponda.

1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y DE LA SOLICITUD

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

2. DATOS DEL MEDICAMENTO

Nombre según DCI (genérico): _____	¿Presenta registro sanitario? Sí () No () ¿Cuál es el representante legal en Costa Rica? (distribuidor) _____	¿Cuál es la forma farmacéutica _____
Dosificación solicitada:	Dosis: _____ Vía: _____ Intervalo: _____ Ciclo / esquema: _____	
Especifique la indicación terapéutica:		
¿Es una indicación oficial o es off label Oficial () Off label ()	Indique el precio unitario: _____ ¿El precio es en dólares, colones u otra? Dólares () Colones () Otra: _____	

3. DATOS DEL MÉDICO SOLICITANTE

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

4. POBLACIÓN TRIBUTARIAIndicar la estimación de pacientes que pueden requerir el medicamento solicitado en su centro de salud
_____**5. EVIDENCIA CIENTÍFICA**

Aportar un resumen basado en evidencia junto a este formulario, con el beneficio clínico esperado, en comparación con las alternativas disponibles en el FTI y adjuntar las referencias