

**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 AMPLIACIÓN DE INDICACIONES DE UN MEDICAMENTO INCLUIDO EN EL FORMULARIO TERAPÉUTICO INSTITUCIONAL (FTI/LOM) DE LA CCSS

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

CRITERIOS DE APLICACIÓN OBLIGATORIOS

Este formulario se utiliza exclusivamente para solicitar la ampliación de indicaciones terapéuticas de medicamentos incluidos en el Formulario Terapéutico Institucional de la CCSS. 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 solicitante:		Código:
Especialidad:		Teléfono:

2. DATOS DEL MEDICAMENTO

Nombre según DCI (genérico)		¿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 TRIBUTARIA

Indicar 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: