
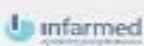


Anexos

Anexo I - Sistema Nacional de Farmacovigilância - Ficha de notificação de Reações Adversas a medicamentos



SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILÂNCIA
Notificação de Reações Adversas a Medicamentos



Notifique sempre que suspeitar de uma reacção adversa

Confidencial

A. Reacção adversa a medicamento (RAM)

Descrição	Data início ²	Data fim	Duração RAM se < 1 dia
	/ /	/ /	h min
	/ /	/ /	h min
	/ /	/ /	h min
	/ /	/ /	h min

Considera a reacção adversa (ou o caso, se mais do que uma reacção)² grave? Sim Não

Se sim, porque considera grave?

Resultou em morte
 Colocou a vida em risco
 Motivou ou prolongou internamento

Resultou em incapacidade significativa (especifique em F.)
 Causou anomalias congénitas
 Outra³ (especifique em F.)

Tratamento da reacção adversa: _____

B. Medicamento(s) suspeito(s)

#	Nome de marca	Lote	Dose diária	Via adm.	Indicação terapêutica	Data início	Data fim
#1							
#2							

O medicamento foi suspenso devido à reacção A reacção melhorou após suspensão Ou manteve-se

Houve redução da posologia (especifique em F.) Suspeita de interação⁴ entre medicamentos (especif. em F.)

O mesmo fármaco foi reintroduzido Ocorreu reacção adversa idêntica quando da reintrodução

São conhecidas reacções anteriores ao mesmo fármaco São conhecidas reacções anteriores a outros fármacos

Considera a relação causal: Definitiva (certa) Provável Possível Improvável

C. Medicamentos concomitantes, incluindo auto-medicação (e outro tipo de produtos)

#	Nome de marca	Dose diária	Via adm.	Indicação terapêutica	Data início	Data fim
#3						
#4						
#5						
#6						
#7						

D. Doente

Iniciais do nome _____ Feminino Masculino Peso _____ Kg Altura _____ cm

Data de nascimento _____/_____/_____ Ou idade à data da ocorrência da(s) RAM(s) _____

Como evoluiu o doente em relação à(s) RAM(s)?

Cura Em recuperação
 Cura com sequelas Desconhecida

Persiste sem recuperação Morte sem relação com a reacção
 Morte com possível relação com a reacção

E. Profissional de saúde

Nome _____

Profissão _____ Especialidade _____

Local de trabalho _____

Contactos⁵: Telefone/Telemóvel _____ e-mail _____

Data _____/_____/_____ Assinatura _____

Mod. M.F. 01/02 v. 0.1.1

Anexo II - Situações passíveis de automedicação

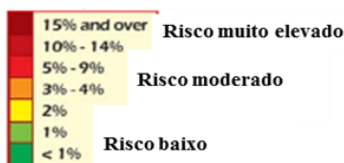
Sistema	Situações passíveis de automedicação (termos técnicos)
Digestivo	a) Diarreia. b) Hemorroidas (diagnóstico confirmado). c) Pirose, enfartamento, flatulência. d) Obstipação. e) Vômitos, enjoo do movimento. f) Higiene oral e da orofaringe. g) Endoparasitoses intestinais. h) Estomatites (excluindo graves) e gengivites. i) Odontalgias.
Respiratório	a) Sintomatologia associada a estados gripais e constipações. b) Odinofagia, faringite (excluindo amigdalite). c) Rinorreia e congestão nasal. d) Tosse e rouquidão
Cutâneo	a) Queimaduras de 1.º grau, incluindo solares. b) Verrugas. c) Acne ligeiro a moderado. d) Desinfecção e higiene da pele e mucosas. e) Micoses interdigitais. f) Ectoparasitoses. g) Picadas de insectos. h) <i>Pitiríase capitis</i> (caspa). i) Herpes labial. j) Feridas superficiais. l) Dermatite das fraldas. m) Seborreia. n) Alopecia. o) Calos e calosidades. p) Frieiras.
Nervoso/psique	a) Cefaleias ligeiras a moderadas
Muscular/ósseo	a) Dores musculares ligeiras a moderadas. b) Contusões. c) Dores pós-traumáticas.
Geral	a) Febre (< três dias). b) Estados de astenia de causa identificada. c) Prevenção de avitaminoses
Ocular	a) Hipossecreção conjuntival, irritação ocular de duração inferior a três dias
Ginecológico	a) Dismenorreia primária. b) Contraceção de emergência. c) Métodos contraceptivos de barreira e químicos. d) Higiene vaginal.
Vascular	a) Síndrome varicosa – terapêutica tópica adjuvante.

Disponível em: Despacho n.º 2245/2003, de 16 de Janeiro. Diário da República, 2ª série. N.º29, de 4 de Fevereiro de 2003.

Anexo III - Flyer de oferta no rastreio do risco cardiovascular

Resultados do meu rastreio?

Nome: _____
 Idade: ____ anos F M
 Tensão arterial: ____/____ Pulso: ____
 Glicémia: ____ mg/dL
 Peso: ____ Kg Altura: ____ m
 IMC: ____ kg/m² Perímetro Abdominal: ____ cm
 Risco cardiovascular: ____ %



O que aconselhamos?

- ✓ Consulta de Nutrição
- ✓ Consulta de Pé diabético
- ✓ Consulta de cessação tabágica
- ✓ Consulta farmacêutica
- ✓ Suplementos

Eu cuido da minha saúde!

O que é?

As doenças cardiovasculares são uma causa importante da morbilidade e mortalidade a nível mundial, prevendo-se que a sua prevalência continue a aumentar nas próximas décadas. Em Portugal, o problema é também relevante, não só no que respeita à doença coronária, como também no AVC, cuja incidência é das mais elevadas em todo o mundo.

Fatores de risco modificáveis

- Tensão arterial alta
- Colesterol elevado
- Diabetes Mellitus
- Triglicéridos elevados
- Obesidade
- Falta de exercício físico
- Má Alimentação
- Tabaco
- Sal
- Álcool

RISCO CARDIOVASCULAR



Rastreio

(11 e 12 de Março de 2014)

Cuide do seu coração!



FARMÁCIA DIAMANTINO

Farmácia Diamantino, a SUA Farmácia



O que pode fazer?

✓ **SIM**

- ✓ Alimentação Saudável
 - + Fibras
 - + Frutas, Legumes e cereais
 - + Peixe (salmão, atum, truta, sardinha, linguado)
 - Nozes, sementes de linhaça
- ✓ Comer de 3 em 3h e não passar mais de 8h sem comer
- ✓ 1,5L a 2L de água por dia
- ✓ Exercício físico
- ✓ Controlo de peso



× Deve evitar

- Gorduras
- Açúcar e doces
- Sal, tabaco e álcool
- Refrigerantes



Anexo IV- Anexo VII da Portaria nº 981/98 de 8 de junho para Requisição de Estupefacientes e Psicotrópicos

REQUISIÇÃO DE SUBSTÂNCIAS E SUAS PREPARAÇÕES
COMPREENDIDAS NAS TABELAS I, II, III E IV, COM EXCEÇÃO DA II-A,
ANEXAS AO DECRETO-LEI N.º 15/93, DE 22 DE JANEIRO, COM
RECTIFICAÇÃO DE 20 DE FEVEREIRO

N.º _____/_____
Nota de encomenda N.º _____/_____

(Nos termos do art.º 18.º do Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de outubro)

Requisita-se a _____

SUBSTÂNCIAS ACTIVAS E SUAS PREPARAÇÕES				QUANTIDADE	
N.º de Código	Designação	Forma Farmac.	Dosagem	Pedida	Fornecida
Carimbo da entidade requisitante			D.T. ou Farmac. Responsável _____		
			N.º de insc na O. F. ____/____/____/____		
			Data ____/____/____		
			Ass. legível _____		
Carimbo da entidade fornecedora			Director Técnico _____		
			N.º de insc na O. F. ____/____/____/____		
			Data ____/____/____		
			Ass. legível _____		

Anexo V - Comparticipações especiais em Farmácia Hospitalar

Patologia Especial	Âmbito	Comp.	Legislação
ARTRITE REUMATÓIDE, ESPONDILITE ANQUILOSANTE, ARTRITE PSORIÁTICA, ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL POLIARTICULAR E PSORÍASE EM PLACAS	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho n.º 18419/2010, de 2 de Dezembro Procedimento de registo mínimo	100%	Despacho n.º 18419/2010, de 2/12, alterado pelo Despacho n.º 1845/2011, de 12/01, Declaração de Rectificação n.º 286/2011, de 31/01, Despacho n.º 17503-A/2011, de 29/12 e Despacho n.º 14242/2012, de 25/10
FIBROSE QUÍSTICA	Medic. comparticipados	100%	Desp. 24/89, de 2/2; Portaria n.º 1474/2004, de 21/12
DOENTES INSUFICIENTES CRÓNICOS E TRANSPLANTADOS RENAIS	Medicamentos incluídos no anexo do Desp. n.º 3/91, de 08 de Fevereiro Lista de Medicamentos	100%	Despacho n.º 3/91, de 08/02, alterado pelo Despacho n.º 11619/2003, de 22/05, Despacho n.º 14916/2004, de 02/07, Rectificação n.º 1858/2004, de 07/09, Despacho n.º 25909/2006, de 30/11, Despacho n.º 10053/2007 de 27/04 e e Despacho n.º 8680/2011 de 17/06
DOENTES INSUFICIENTES RENAIIS CRÓNICOS	Medicamentos contendo ferro para administração intravenosa; Medicamentos (DCI): Eprex (epoetina alfa); Neorecormon (epoetina beta); Retacrit (epoetina zeta); Aranesp (darbepoetina alfa); Mircera (Metoxipolietilenoglicol-epoetina beta).	100%	Despacho n.º 10/96, de 16/05; Despacho n.º 9825/98, 13/05, alterado pelo Despacho n.º 6370/2002, de 07/03, Despacho n.º 22569/2008, de 22/08, Despacho n.º 29793/2008, de 11/11 e Despacho n.º 5821/2011, de 25/03
INDIVÍDUOS AFECTADOS PELO VIH	Medicamentos indicados para o tratamento da infecção pelo VIH, incluídos no Despacho n.º 280/96.	100%	Desp. 14/91, de 3/7; Desp. 8/93, de 26/2; Desp. 6/94, de 6/6; Desp. 1/96, de 4/1; Desp. 280/96, de 6/9, alterado pelo Desp. 6 778/97, de 7/8 e Despacho n.º 5772/2005, de 27/12/2004
- DEFICIÊNCIA DA HORMONA DE CRESCIMENTO NA CRIANÇA; - SÍNDROMA DE TURNER; - PERTURBAÇÕES DO CRESCIMENTO; - SÍNDROME DE PRADER-WILLI; - TERAPÊUTICA DE SUBSTITUIÇÃO EM ADULTOS	Medicamentos contendo hormona de crescimento nas indicações terapêuticas referidas no Despacho n.º 12455/2010, de 22 de Julho	100%	Despacho n.º 12455/2010, de 22/07
ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA)	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho n.º 8599/2009, de 19 de Março	100%	Despacho n.º 8599/2009, de 19/03, alterado pelo Despacho n.º 14094/2012, de 16/10
SÍNDROMA DE LENNOX-GASTAUT	Taloxa	100%	Desp. 13 622/99, de 26/5
PARAPLEGIAS ESPÁSTICAS FAMILIARES E ATAXIAS CEREBELOAS HEREDITÁRIAS, nomeadamente a doença de Machado-Joseph	Medicação antiespástica, anti-depressiva, indutora do sono e vitamínica, desde que prescrita em consultas de neurologia dos hospitais da rede oficial e dispensada pelos mesmos hospitais	100%	Despacho n.º 19 972/99 (2.ª série), de 20/9

PROFILAXIA DA REJEIÇÃO AGUDA DE TRANSPLANTE RENAL ALOGÉNICO	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho n.º 6818/2004 (2.ª série), de 10 de Março	100%	Despacho n.º 6818/2004, de 10/03, alterado pelo Despacho n.º 3069/2005, de 24/01, Despacho n.º 15827/2006, de 23/06, Despacho n.º 19964/2008, de 15/07, Despacho n.º 8598/2009, de 26/03, Despacho n.º 14122/2009, de 12/06, Despacho n.º 19697/2009, de 21/08, Despacho n.º 5727/2010, de 23/03, Despacho n.º 5823/2011, de 25/03, Despacho n.º 772/2012, de 12/01, Declaração de retificação n.º 347/2012, de 03/02 e Despacho n.º 8345/2012, de 12/06
PROFILAXIA DA REJEIÇÃO AGUDA DO TRANSPLANTE CARDÍACO ALOGÉNICO	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho n.º 6818/2004 (2.ª série), de 10 de Março	100%	Despacho n.º 6818/2004, de 10/03, alterado pelo Despacho n.º 3069/2005, de 24/01, Despacho n.º 15827/2006, de 23/06, Despacho n.º 19964/2008, de 15/07, Despacho n.º 8598/2009, de 26/03, Despacho n.º 14122/2009, de 12/06, Despacho n.º 19697/2009, de 21/08, Despacho n.º 5727/2010, de 23/03, Despacho n.º 5823/2011, de 25/03, Despacho n.º 772/2012, de 12/01, Declaração de retificação n.º 347/2012, de 03/02 e Despacho n.º 8345/2012, de 12/06
PROFILAXIA DA REJEIÇÃO AGUDA DE TRANSPLANTE HEPÁTICO ALOGÉNICO	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho n.º 6818/2004 (2.ª série), de 10 de Março	100%	Despacho n.º 6818/2004, de 10/03, alterado pelo Despacho n.º 3069/2005, de 24/01, Despacho n.º 15827/2006, de 23/06, Despacho n.º 19964/2008, de 15/07, Despacho n.º 8598/2009, de 26/03, Despacho n.º 14122/2009, de 12/06, Despacho n.º 19697/2009, de 21/08, Despacho n.º 5727/2010, de 23/03, Despacho n.º 5823/2011, de 25/03, Despacho n.º 772/2012, de 12/01, Declaração de retificação n.º 347/2012, de 03/02 e Despacho n.º 8345/2012, de 12/06
DOENTES COM HEPATITE C	Boceprevir; Peginterferão alfa 2-a; Peginterferão alfa 2-b; Ribavirina.	100%	Portaria n.º 158/2014, de 13/02
ESCLEROSE MÚLTIPLA (EM)	Lista de medicamentos referidos no anexo ao Despacho n.º 11728/2004 (2.ª série), de 17 de Maio	100%	Despacho n.º 11728/2004, de 17/05; alterado pelo Despacho n.º 5775/2005, de 18/02, Rectificação n.º 653/2005, de 08/04, Despacho n.º 10303/2009, de 13/04, Despacho n.º 12456/2010, de 22/07 e Despacho n.º 13654/2012, de 12/10
DOENTES ACROMEGÁLICOS	Análogos da somatostatina - Sandostatina [®] , Sandostatina LAR [®] (Octreotida); Somatulina [®] , Somatulina Autogel [®] (Lanreotida);	100%	Desp. n.º 3837/2005, (2ª série) de 27/01; Rectificação n.º 652/2005, de 06/04
DOENTES ACROMEGÁLICOS	Tratamento de doentes que apresentaram resposta inadequada à cirurgia e/ou radioterapia e nos quais um tratamento médico apropriado com análogos da somatostatina não normalizou as concentrações de IGIF-1 ou não foi tolerado - Somavert [®] (Pegvisomante) Ver lista	100%	Desp. n.º 3837/2005, (2ª série) de 27/01; Rectificação n.º 652/2005, de 06/04
DOENÇA DE CROHN ACTIVA GRAVE OU COM FORMAÇÃO DE FÍSTULAS	Remicade - (Infliximab) Inflixtra - (Infliximab) Remsima - (Infliximab) Humira - (Adalimumab) Ver lista	100%	Desp. n.º 4466/2005, de 10/02, alterado pelo Despacho n.º 30994/2008, de 21/11, e pelo Despacho n.º 706-B/2014, de 14/01
HIPERFENILANINEMIA	Kuvan	100%	Despacho n.º 1261/2014, de 14/01

Anexo VIII - Modelo de requisição interno de psicotrópicos, aprovado pelo INFARMED

HOSPITAL DE SOUSA MARTINS SERVIÇOS FARMACÉUTICOS

FICHA DE CONTROLO DE PSICOTRÓPICOS Nº _____

Serviço _____

MEDICAMENTO

CÓDIGO	DESIGNAÇÃO	FÓRMULA FARMACÉUTICA	QUANTIDADE
--------	------------	----------------------	------------

ENTREGA FARMACÉUTICA(O)	RECEBIMENTO ENFERMEIRA(O)	DEVOLUÇÃO ENFERMEIRA(O)	ENTREGA FARMACÉUTICA(O)
-------------------------	---------------------------	-------------------------	-------------------------

USO EXCLUSIVO NOS SERVIÇOS FARMACÉUTICOS

OBS. _____

FICHA DE CONTROLO DE PSICOTRÓPICOS Nº _____

HOSPITAL SOUSA MARTINS

MEDICAMENTO _____

FORM. FARM. _____ QUANT. _____

RECIBI. NOME _____

Serviço _____

Nº	DATA	PROC. CLÍN. / CAMA	DOENTE	AUT.* MÉDICA	DOSE	HORA	RUBRICA ENFERMEIRA	B.º
1								9
2								8
3								7
4								6
5								5
6								4
7								3
8								2
9								1
10								0

NO CASO DE INUTILIZAÇÃO DA DOSE, EScreva DETALHADAMENTE O FACTO, UTILIZANDO O VERSO DESTA FICHA


OBS. _____

Mod. 276 SF - H.S.M.

ASSINALAR NO QUADRO, ÚNICAMENTE AS UNIDADES INUTILIZADAS

HORA	DATA	UNIDADES	CAUSAS DA INUTILIZAÇÃO	RESPONSÁVEL	TESTEMUNHA

Anexo IX - Modelo de requisição interno de estupefacientes, aprovado pelo INFARMED


Ministério da Saúde
ULS
Unidade de Luta contra o Tráfico de Estupefacientes

SERVIÇOS FARMACÊUTICOS

FICHA DE CONTROLO DE ESTUPEFACIENTES Nº

Serviço

MEDICAMENTO

CÓDIGO	DESIGNAÇÃO	FÓRMULA FARMACÊUTICA	QUANTIDADE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ENTREGA FARMACÊUTICA(O)	RECEBIMENTO ENFERMEIRA(O)	DEVOLUÇÃO ENFERMEIRA(O)	ENTREGA FARMACÊUTICA(O)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CBS USO EXCLUSIVO NOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS

FICHA DE CONTROLO DE ESTUPEFACIENTES Nº

U.L.S.GUARDA.E.P.E.

MEDICAMENTO FORM. FARM. QUANT.

RECEBI. NOME

Serviço H

Nº	DATA	PR. XC. CLIN / C. AMA	DOENTE	AUT. MÉDICA	DOSE	HORA	RUBRICA ENFERMEIRA	B.º
1								9
2								8
3								7
4								6
5								5
6								4
7								3
8								2
9								1
10								0

NO CASO DE INUTILIZAÇÃO DA DOSE, ESCREVA DETALHADAMENTE O FACTO, UTILIZANDO O VERSO DESTA FICHA

OBS

U.L.S.G.E.P.E. - 1984 - 275

ASSINALAR NO QUADRO, ÚNICAMENTE AS UNIDADES INUTILIZADAS

HORA	DATA	UNIDADES	CAUSAS DA INUTILIZAÇÃO	RESPONSÁVEL	TESTEMUNHA

Anexo X - Impresso para a requisição/distribuição/administração de medicamentos hemoderivados

Número de série _____

VIAFARMÁCIA

MEDICAMENTOS HEMODERIVADOS REQUISIÇÃO/DISTRIBUIÇÃO/ADMINISTRAÇÃO

(Arquivar pelos Serviços Farmacêuticos (*))

HOSPITAL _____ SERVIÇO _____

Médico (Nome legível) _____ N.º Mec. _____ ou Vinheta _____ Assinatura _____ Data ____/____/____	Identificação do doente (nome, B.I., n.º do processo, n.º de utente do SNS) _____ <i>Apor etiqueta autocolante cistógrafo ou outro. Evitar tantos autocolantes, com a identificação do doente, quantas as unidades requisitadas</i>	Quadro A
REQUISIÇÃO/JUSTIFICAÇÃO CLÍNICA (A preencher pelo médico)		Quadro B
Hemoderivado _____ (Nome, forma farmacêutica, via de administração) Dose/Frequência _____ Duração do tratamento _____ Diagnóstico/Justificação Clínica _____ _____ _____		

REGISTO DE DISTRIBUIÇÃO N.º ____/____ (*) (A preencher pelos Serviços Farmacêuticos)				Quadro C
Hemoderivado/dose	Quantidade	Lote	Lab. Origem/Fornecedor	N.º Cert. INFARMED
Enviado ____/____/____ Farmacêutico _____				N.º Mec. _____

(*) Excepcionalmente o Plasma Fresco Congelado Inativado poderá ser distribuído e ter registo e arquivo no serviço de imunohemoterapia

 Recebido ____/____/____ Serviço requisitante _____ N.º Mec. _____
 (Assinatura)

I. Instruções relativas à documentação:

A requisição, constituída por 2 vias (VIAFARMÁCIA E VIASERVICO), é enviada aos Serviços Farmacêuticos após preenchimento dos Quadros A e B pelo serviço requisitante. O quadro C é preenchido pelos Serviços Farmacêuticos.

VIASERVICO – A preencher pelo serviço requisitante e arquivar no processo clínico do doente.

VIAFARMÁCIA – Permanece em arquivo nos Serviços Farmacêuticos. Excepcionalmente, a distribuição e registo do plasma fresco congelado inativado, bem como o arquivo do viaservicio, poderá ser feito pelos serviços de imunohemoterapia.

II. Instruções relativas ao produto medicamentoso:

a) Cada unidade medicamentosa fornecida será etiquetada pelos Serviços Farmacêuticos com as respectivas condições de conservação e identificação do doente e do serviço requisitante.

b) Os produtos não administrados no prazo de 24 horas e atendendo as condições de conservação do rótulo, serão obrigatoriamente devolvidos aos Serviços Farmacêuticos. No quadro D será levada a devolução, datada e assinada (n.º mecanográfico).

Anexo XI - Impresso para pedido de introdução de um medicamento à adenda hospitalar do FHNM

Comissão de Farmácia e Terapêutica Pedido de introdução de um medicamento à Adenda Hospitalar do FHNM
--

Substância(s) Activa(s)		
Nome do medicamento		
Dosagem		
Forma farmacêutica		
Via de administração		
Apresentação		
Indicações Terapêuticas propostas		
As indicações constam do Resumo das Características do Medicamento	Sim <input type="checkbox"/>	Obs.:
	Não <input type="checkbox"/>	
Crítérios de prescrição	Uso geral	<input type="checkbox"/>
	Uso conforme protocolo	<input type="checkbox"/> (Anexar protocolo)
	Uso mediante justificação clínica	<input type="checkbox"/>
Posologia e duração do tratamento		
Custo unitário por dose administrada		
Previsão do número de tratamentos anuais		
Terapêutica actualmente utilizada com a mesma indicação		

Justificação para a sua introdução (referir qual a mais valia terapêutica relativamente aos fármacos existentes, nomeadamente em termos de eficácia, segurança, aspectos económicos, etc.):	
Referências bibliográficas que apresentem evidência científica que suportem a introdução:	
1) 2) 3) 4)	
Identificação do Serviço	Data:
Assinatura do Director de Serviço	

Anexo XII - Requerimento para a Autorização de Utilização Especial

AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO ESPECIAL MEDICAMENTOS DE USO HUMANO <i>IMPRESSO DE USO OBRIGATORIO PELOS REQUERENTES</i>			
Exm.º, Senhor Presidente do Conselho de Administração do INFARMED			
Pretende esta entidade licenciada para a aquisição directa de medicamentos, ao abrigo do disposto na alínea a) do artigo 92.º do Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de Agosto, solicitar AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO ESPECIAL para o medicamento abaixo indicado, ao abrigo do despacho:			
Deliberação n.º 105/CA/2007			
a) – Medicamentos de benefício clínico bem reconhecida <input type="checkbox"/>		b) – Medicamentos com provas preliminares de benefício clínico <input type="checkbox"/>	
Por se tratar de um medicamento que não possui AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO (AIM) em Portugal e se destinar a doentes em tratamento neste estabelecimento de saúde, com vista a satisfazer as necessidades para o próximo ano de solicito a V. Ex.º. se digne autorizar a sua utilização especial, nos seguintes termos:			
Requerente: _____			
Morada: _____			
Código postal: _____		Tel S.F.: _____	Fax S.F.: _____
V/ N.º de Pedido: _____		V/data: _____	
Nome do medicamento: _____			
Substância(s) Activa(s): _____			
Forma farmacêutica: _____			
Dosagem: _____		Pertence ao F.H.N.M.: SIM <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Quantidade: _____		Apresentação: _____	
Preço por unidade (c/IVA): _____		Estimativa/Despesa (c/IVA): _____	
Titular da A.I.M.: _____		País da A.I.M.: _____	
Fabricante: _____		País/fabricao: _____	
Libertador de lote*: _____		País/lib. de lote*: _____	
Distribuidor do país de procedência: _____		País/Procedência: _____	
Distribuidor em Portugal*: _____		Alfândega*: _____	
Derivado do Plasma <input type="checkbox"/> Alergeno <input type="checkbox"/> Vacina <input type="checkbox"/> Radiofármaco <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> INSTRUÇÃO AO ABRIGO DO ARTIGO 10.º DA DELIBERAÇÃO N.º 105/CA/2007. Documentação enviada ao INFARMED pelo requerente ou por outra entidade _____ juntamente com a AUE n.º _____ autorizada para o ano _____.*			
<input type="checkbox"/> PEDIDO DE ALTERAÇÃO DA QUANTIDADE inicialmente requerida na AUE n.º _____, autorizada em ____/____/____ Justificação _____ _____ _____			
Assinatura do Director Clínico (deverá ser identificada sob a forma de carimbo e/ou vinheta): _____ _____			
* Se aplicável			

AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO ESPECIAL Alinea a) artigo 92.º <i>JUSTIFICAÇÃO CLÍNICA</i>			
Estabelecimento de saúde:			
Serviço proponente:			
Deliberação n.º 105/CA/2007			
a) – Medicamentos de benefício clínico bem reconhecido		<input type="checkbox"/>	b) – Medicamentos com provas preliminares de benefício clínico
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nome do medicamento:			
Substância(s) Activa(s):		Perence ao F.H.N.M.:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Dosagem:		Apresentação:	
Quantidade:			
Indicações Terapêuticas para as quais se pretende o medicamento e posologia:			
Estratégia terapêutica para a situação em causa:			
Listagem de terapêuticas alternativas existentes no mercado e motivos da sua inadequação à situação em análise:			
Fundamentação científica da utilização do medicamento:			
A PREENCHER APENAS NO CASO DE SE TRATAR DE UM PEDIDO AO ABRIGO DA ALÍNEA B) SUPRACITADA			
Está a decorrer, na instituição, algum ensaio clínico envolvendo este medicamento?		SIM * <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
* Justificação da impossibilidade de inclusão em ensaio clínico:			
Provas experimentais preliminares de eficácia e segurança que façam pressupor a actividade do medicamento na situação clínica em causa:			
Número de doentes a tratar:			
Dose diária por doente:			
Duração prevista para o tratamento:			
Quantidade total de medicamento a utilizar:			
Identificação dos Doentes:			
Assinatura do Director de Serviço (deverá ser identificada sob a forma de carimbo e/ou vinheta):			