

ANEXO No.5

**SOLICITUD DE EXCLUSIÓN O MODIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS
AL LISTADO INSTITUCIONAL**

Nombre del establecimiento de salud solicitante: _____

Marque con una (X) el tipo de propuesta: Exclusión: _____ o modificación: _____

✓ **Identificación del medicamento**

Denominación Común Internacional (DCI):

Grupo terapéutico: _____

Nombre genérico (DCI)	Concentración	Forma farmacéutica	Vía de administración	Presentación

PROPUESTA DE MODIFICACIÓN

Nombre genérico (DCI)	Concentración	Forma farmacéutica	Vía de administración	Presentación

✓ **Motivos por el que se solicita la exclusión o modificación**

- Alerta sanitaria
 - Existencia de nuevas moléculas que superan a las existentes en el LIME
 - Cambio de normas o protocolos de tratamiento
 - Contraindicaciones absolutas y relativas e interacciones
 - Precauciones y advertencias relacionadas con embarazo, lactancia, niños
 - Geriatría y cuadros clínicos específicos
 - Limitaciones de uso en otros países
 - Retiro del mercado farmacéutico
 - Otros
- Especifique: _____

SOLICITUD DE EXCLUSIÓN O MODIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS
AL LISTADO INSTITUCIONAL

- ✓ En caso de exclusión que otros medicamentos existentes en el LIME pueden reemplazarlo

- ✓ Datos del solicitante:

Nombre, Firma, Sello del Solicitante: _____

Profesión: _____

Especialidad: _____

Cargo: _____

Correo electrónico y Teléfono: _____

RESERVADO COMITÉ FARMACOTERAPEUTICO LOCAL

Conclusiones:

Firma y Sello de cada uno de los Miembros del Comité