**Anexo 3. Formulario de exclusión de medicamentos en el CNMB**

**Nota:** Cuando la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA), emita una alerta sanitaria de medicamentos, no deberá llenar este formulario y la CONAMEI viabilizará su exclusión del CNMB.

**1. Datos del solicitante:**

* 1. Nombre del establecimiento de salud:
  2. Institución del Sistema Nacional de Salud o entidad a la que pertenece:
  3. Fecha de elaboración de formulario: (dd/mm/aa)

1. **Identificación del medicamento que se solicita la exclusión:**

Utilizar la información que consta en el CNMB.

* 1. Código ATC:
  2. Denominación Común Internacional (DCI) del medicamento:
  3. Forma farmacéutica:
  4. Concentración:
  5. Vía de administración:
  6. Nivel de prescripción
  7. Nivel atención
  8. Presentación comercial:

1. **Indicación terapéutica:**
   1. Indicación clínica-terapéutica para la cual se solicita la exclusión.
   2. Alternativas terapéuticas disponibles en el CNMB vigente para la indicación solicitada a excluir.
2. **Resumen de razones por las cuales se solicita exclusión del CNMB, tomar como referencia eficacia (mejores opciones terapéuticas presentes en el CNMB) y seguridad (alertas sanitarias, reacciones adversas) del medicamento, impacto presupuestario y costo-efectividad.**
3. **BIBLIOGRAFÍA**

Redactada bajo las normas Vancouver.

1. **Anexos de la solicitud de exclusión del medicamento del CNMB**
   1. Todas las revisiones sistemáticas, metaanálisis, estudios clínicos. guías de práctica clínica, análisis de impacto presupuestario y análisis de costo-efectividad/utilidad que sustenten la exclusión del medicamento deberán presentarse en formato PDF. El nombre de los archivos deberá seguir el siguiente formato:

Tipo de estudio nombre del autor principal año de publicación.pdf

**Ejemplo:** Revisión sistemática\_Perez\_2015.pdf

* 1. El presente formulario deberá presentarse en forma digital y editable en el enlace habilitado para el efecto con las firmas de responsabilidad, adjunto a la solicitud de inclusión o exclusión de medicamentos.

1. **FIRMA DE RESPONSABILIDAD**

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Máxima autoridad del establecimiento de salud o entidad solicitante**  Nombre:  Cédula de ciudadanía:  Correo electrónico:  Teléfono de contacto: |