

Crêterios de Sele o de Medicamentos Padronizados no Hospital Português

Para Inclusão:

-   Selecionar apenas medicamentos de valor terapêutico comprovado (eficácia e segurança), preferindo os de menor toxicidade, e aprovados pela ANVISA;
-   Evitar multiplicidade de princípios ativos para a mesma indica o terapêutica;
-   Evitar especialidades que sejam associa es medicamentosas, dando preferência às monodrogas;
-   Adotar a designa o genérica do princípio ativo na lista de padroniza o;
-   Selecionar medicamentos de menor custo de aquisi o, armazenamento, dispensa o e controle, sempre priorizando a qualidade;
-   Evitar a padroniza o de formas farmacêuticas de libera o prolongada, exceto quando as vantagens terapêuticas forem realmente comprovadas;
-   Padronizar medicamentos em forma farmacêuticas, apresenta o e dosagem que considerem a comodidade de administra o, faixa etária, facilidade para cáculo de dose ou fracionamento, favorecendo a administra o dos mesmos e estimulando a adesão do paciente ao tratamento;
-   Padronizar medicamentos de fornecedores que tenham sido avaliados tecnicamente por grupo interno de credenciamento;
-   Selecionar medicamentos cujo custo do tratamento/dia seja inferior, resguardada a qualidade prioritariamente.

Para Exclusão

-   Eliminar da padroniza o os medicamentos que tiveram sua comercializa o proibida por órgão competente (nacional ou internacional);
-   Substituir medicamentos que têm outro, correspondente, com vantagens terapêuticas, de custo ou aquisi o;
-   Despadronizar medicamentos que, em período de tempo determinado, não apresentem consumo que justifique sua manuten o em estoque como padronizado;
-   Eliminar da padroniza o medicamentos que, em pesquisa interna de vigilância de rea es adversas, tenha apresentado  ndice preocupante de ocorrência destes efeitos em pacientes interna.

Entregue este formulário na Farmácia

HOSPITAL PORTUGUÊS

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

Formulário: DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE

NOME:

CARGO OU FUNÇÃO NO HOSPITAL:

Você, ou alguém de sua família, tem interesse financeiro ou de outra natureza em alguma indústria farmacêutica ou de materiais médico-hospitalares, que poderá constituir um real, potencial ou aparente conflito de interesse em relação à sua participação nesta Comissão?

SIM

NÃO

Você teve, durante os últimos 5 anos, qualquer emprego ou relação profissional com alguma organização que é fabricante de medicamentos ou materiais médico-hospitalares ou que represente organizações deste tipo?

SIM

NÃO

Se você respondeu Sim a uma das questões acima, por favor explique no espaço abaixo os detalhes.

Existe algum outro tipo de conflito que afete sua objetividade ou independência em seu trabalho nesta Comissão?

Declaro que as informações acima são expressão da verdade e que nenhuma outra situação de conflito de interesse real ou potencial é conhecido por mim. Me comprometo a comunicá-los sobre quaisquer mudanças nestas circunstâncias.

Assinatura :

Data: