

## PROPUESTA DE INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL BOTIQUÍN

Nombre del Facultativo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Centro de Salud: \_\_\_\_\_

Consultorio: \_\_\_\_\_

### MEDICAMENTO:

Inclusión  Exclusión

Nombre del principio activo \_\_\_\_\_

Nombre comercial \_\_\_\_\_

Laboratorio que lo comercializa: \_\_\_\_\_

Forma farmacéutica: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Mecanismo de acción: \_\_\_\_\_

Uso terapéutico: \_\_\_\_\_

¿Existe en el botiquín otro medicamento con acción farmacológica similar? SI / NO

En caso positivo: ¿Qué ventajas aporta el solicitado?

- Actividad farmacológica
- Menos efectos adversos
- Farmacocinética
- Precio
- Otros

**Firma del solicitante:**

### NOTAS:

1. Este impreso se enviará al Servicio de Farmacia de Atención Primaria para su posterior evaluación por la Comisión de Uso Racional del Medicamento.
2. El solicitante recibirá contestación de la Comisión, una vez revisada su solicitud.
3. La aportación de bibliografía como apoyo es aconsejable.