



**ANEXO 6: HOJA DE REPORTE DE CASOS DE MEDICAMENTOS NO DISPONIBLES**

**Estimado profesional:** por favor, complete los datos solicitados, referidos a la necesidad de utilizar un medicamento que no puede conseguir (porque no se comercializa en el país, o no existe en la dosis, forma de administración o forma farmacéutica apropiada, etc.). Pude ser una situación actual o anterior. **Complete una ficha por medicamento.** Su participación es muy importante para buscar soluciones al problema.

Fecha de reporte:     /     /     .

DATOS DEL MEDICAMENTO QUE NECESITA Y NO PUEDE CONSEGUIR EN EL PAÍS			
Nombre del principio activo:			
Dosis, forma farmacéutica y vía de administración:			
Indicación para la que se necesita el medicamento:			
Datos de literatura, marcas posibles (si los tiene):			
Observaciones:			
<b>Nota 1:</b> Si la necesidad del medicamento no es actual, aclare la fecha (mes, año) en que lo necesitó.			
<b>DATOS DEL/LOS PACIENTE/S</b>		<b>Nota 2:</b> Si es un grupo de pacientes describa el número, edad promedio, etc. <b>Nota 3:</b> Si es pertinente, aclare si el/la paciente no ha respondido a otros tratamientos.	
Edad (años)	Sexo (M o F)	Diagnóstico de base o principal	Observaciones (otros datos relevantes)
Observaciones:			
DATOS DE QUIEN REALIZA EL REPORTE			
<b>Hospital:</b>		<b>Localidad:</b>	
<b>Profesión:</b>		<b>Especialidad:</b>	
<b>Opcional:</b> para futuros contactos sobre el tema coloque sus datos personales (nombre, teléfono, e-mail)			