# **Pedido de AUE de grupos de doentes ou populacionais por Hospitais**

AUE destinada a permitir a utilização de medicamentos considerados imprescindíveis e sem alternativa terapêutica

## Identificação do hospital

|  |  |
| --- | --- |
| Nome  | Clique ou toque aqui para introduzir texto. |
| Morada | Clique ou toque aqui para introduzir texto. |
| Código postal | Clique ou toque aqui para introduzir texto. |
| E-mail | Clique ou toque aqui para introduzir texto. |
| Telefone | Clique ou toque aqui para introduzir texto. |
| Número de autorização de aquisição direta | Clique ou toque aqui para introduzir texto. |

## Identificação do medicamento

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do medicamento | Clique ou toque aqui para introduzir texto. |
| DCI / Substância ativa | Clique ou toque aqui para introduzir texto. |
| Forma farmacêutica | Clique ou toque aqui para introduzir texto. |
| Dosagem | Clique ou toque aqui para introduzir texto. |
| Apresentação | Clique ou toque aqui para introduzir texto. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sim | Não |
| Medicamento em rutura |[ ]  [ ]  |
| FNM |[ ]  [ ] Preencher Justificação clínica (ponto 5 deste formulário) |
| Medicamento com dispensa de justificação clínica |[ ]  [ ] Preencher Justificação clínica(ponto 5 deste formulário) |
| Medicamento contém substâncias controladas | [ ]  Requer emissão de Certificado de importação | [ ]  |
| Derivado do sangue ou plasma, vacina ou medicamento contendo albumina humana como excipiente | [ ] Requer emissão de CAUL |[ ]

## Caracterização da cadeia de importação do medicamento

|  |  |
| --- | --- |
| Titular de AIM | Clique ou toque aqui para introduzir texto. |
| País da AIM | Clique ou toque aqui para introduzir texto. |
| Fabricante | Clique ou toque aqui para introduzir texto. |
| País de fabrico | Clique ou toque aqui para introduzir texto. |
| Libertador de lote (se aplicável) | Clique ou toque aqui para introduzir texto. |
| País de libertação de lote (se aplicável) | Clique ou toque aqui para introduzir texto. |
| Distribuidor do país de procedência | Clique ou toque aqui para introduzir texto. |
| País de procedência | Clique ou toque aqui para introduzir texto. |

|  |  |
| --- | --- |
| Distribuidor em Portugal  | Clique ou toque aqui para introduzir texto. |
| Alfândega (se aplicável) | Clique ou toque aqui para introduzir texto. |

## Caracterização do pedido

|  |  |
| --- | --- |
| Quantidade a adquirir (em unidades CHNM)  | Clique ou toque aqui para introduzir texto. |
| Preço unitário (com IVA) | Clique ou toque aqui para introduzir texto. |
| Estimativa da despesa (com IVA) | Clique ou toque aqui para introduzir texto. |

|  |  |
| --- | --- |
| Consumo do medicamento no último ano (em unidades CHNM) | Clique ou toque aqui para introduzir texto. |
| Período expectável para consumo da AUE  | Clique ou toque aqui para introduzir texto. |

## Justificação clínica

Preencher, ou anexar ao e-mail, se o medicamento não constar do [FNM](https://extranet.infarmed.pt/fnm-fo/#/) ou não constar da lista de medicamentos [com dispensa de justificação clínica](https://www.infarmed.pt/documents/15786/9203340/Lista%2Bde%2Bmedicamentos%2Bcom%2Bdispensa%2Bde%2Bjustifica%C3%A7%C3%A3o%2Bcl%C3%ADnica/48ed4c7c-a9f8-6ed7-9229-11c54022c6b6).

|  |  |
| --- | --- |
| Indicação terapêutica para a qual se pretende o medicamento | Clique ou toque aqui para introduzir texto. |
| Descrição das razões para não se utilizarem as alternativas existentes no mercado  | Clique ou toque aqui para introduzir texto. |
| Fundamentação científica da utilização do medicamento (por exemplo, bibliografia) | Clique ou toque aqui para introduzir texto. |

## Termo de responsabilidade

Eu, nome completo, na qualidade de cargo desempenhado desta instituição de saúde:

[ ]  Aceito, para efeitos do previsto no artigo 9.º Decreto-Lei n.º 128/2013, de 5 de setembro, que as comunicações com o Infarmed no âmbito do presente pedido sejam feitas através das seguintes caixas de correio eletrónico uss@infarmed.pt e e-mail do requerente.

[ ]  Igualmente aceito que as comunicações por correio eletrónico, feitas nos termos do parágrafo anterior, se revestem de valor probatório e a respetiva autoria é atribuída ao remetente, independentemente dos nomes dos colaboradores nelas constantes.

[ ]  Comprometo-me a disponibilizar o RCM aprovado no país de origem ou outro documento necessário à avaliação da presente AUE, caso seja solicitado pelo Infarmed.

[ ]  O presente pedido de AUE reuniu todas as autorizações internas necessárias à utilização deste medicamento nesta instituição de saúde.

[ ]  Responsabilizo-me pelo conteúdo deste formulário.

Clique ou toque para introduzir uma data.

Assinatura

##

## Certificado de importação

A utilização de medicamentos contendo substâncias controladas carece ainda da emissão de [Certificado de importação](https://www.infarmed.pt/web/infarmed/substancias-controladas#tab2).

## CAUL

A utilização de derivados do sangue ou plasma, vacinas ou medicamentos contendo albumina humana como excipiente carece ainda da emissão de [Certificado de Autorização de Utilização de Lote](https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/autorizacao-utilizacao-lote) (CAUL).