**Pedido de Autorização de Comparticipação**

(n.º 4 do artigo 28.º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro)

|  |  |
| --- | --- |
| **I. Identificação do prestador** | |
| **Nome** |  |
| **NIF** |  |
| **Telefone** |  |
| **II. Identificação do beneficiário** | |
| **NUB** |  |
| **Nome** |  |
| **III. Diagnóstico** | |
| **ICD9** |  |
| **IV. Identificação do medicamento** | |
| **CHNM** |  |
| **Substância(s) ativa(s)** |  |
| **Nome** |
| **Dosagem** |  |
| **Forma farmacêutica** |  |
| **Via de administração** |  |
| **Apresentação**  **(dimensão da embalagem)** |  |
| **Indicações terapêuticas propostas** |  |
| **Posologia e duração do tratamento** |  |
| **Custo por dose administrada** |  |
| **Previsão do número de**  **tratamentos** |  |
| **Valor total do tratamento** |  |
| **Terapêutica atualmente utilizada com a mesma**  **indicação** |  |

|  |
| --- |
| **V. Fundamentação Clínica**  **(referir, fundamentando através de referências, qual a mais valia terapêutica relativamente aos fármacos já financiados pelo SNS, nomeadamente em termos de eficácia, segurança, e outros aspetos considerados relevantes em relação aos doentes específicos)** |
|  |
| **VI. Estratégia terapêutica para a situação clínica em causa** |
|  |
| **Data:**  **Assinatura do Médico Assistente (colocar vinheta)** |

|  |
| --- |
| **Aprovado pelo Diretor de Serviço** |
| **Data:**  **Assinatura do Diretor de Serviço (colocar vinheta)** |
| **Aprovado pela Comissão de Farmácia e Terapêutica** |
| **Data:**  **Assinatura do Presidente da CFT** |