**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** |