

Realização de visitas excepcionais de DIM de acordo com o n.º 10 do Despacho n.º 2837/2004 (2.ª série), de 8 de Janeiro.

PEDIDO DE PARECER AO INFARMED (alínea a) do n.º 10 do Despacho):

Estabelecimento do SNS e Serviço, se aplicável _____

a) introdução de novas terapêuticas ou de diferentes tecnologias de saúde

Consideram-se novas terapêuticas ou diferentes tecnologias de saúde, os medicamentos ou produtos de saúde que tenham sido colocados no mercado nos últimos 12 meses.

Medicamento: _____

(indicar DCI, nome de marca, titular de AIM, dosagem, forma farmacêutica e data de início de comercialização)

Produto de Saúde: _____

(indicar o tipo de produto de saúde, responsável pela colocação no mercado e data de início de comercialização)

Laboratório e identificação do DIM que vai realizar a visita: _____

(indicar o nome do Laboratório, o nome e nº de registo no INFARMED do DIM)

O Director do estabelecimento ou serviço do SNS

Data: ___/ ___/ _____

Nº de Fax para envio de parecer: _____

Enviar ao INFARMED para:

FAX: 21 798 7254

PARECER DO INFARMED :

Positivo

Negativo

Observações: _____

O Técnico responsável:

Data: ___/ ___/ _____

O Director da Direcção
de Licenciamento e Inspeção

Data: ___/ ___/ _____

**Realização de visitas excepcionais dos DIMs de acordo com o nº 10 do
Despacho n.º 2837/2004 (2.ª série), de 8 de Janeiro.**

PEDIDO DE PARECER AO INFARMED (alínea b) do nº 10 do Despacho):

Estabelecimento do SNS e Serviço, se aplicável _____

**b) Necessidades identificadas de esclarecimentos sobre terapêuticas ou
tecnologias de saúde**

Medicamento: _____
(indicar DCI, nome de marca, titular de AIM, dosagem, forma farmacêutica e data de início de comercialização)

Produto de Saúde: _____
(indicar o tipo de produto de saúde, responsável pela colocação no mercado e data de início de comercialização)

Justificação da visita: _____

Laboratório e identificação do DIM que vai realizar a visita: _____

_____ (indicar o nome do Laboratório, o nome e nº de registo no INFARMED do DIM)

O Director do estabelecimento ou serviço do SNS

Data: ___/ ___/ _____

Nº de Fax para envio de parecer: _____

Enviar ao INFARMED para:

FAX: 21 798 7254

PARECER DO INFARMED :

Positivo Negativo

Observações: _____

O Técnico responsável:

O Director da Direcção
de Licenciamento e Inspeção

Data: ___/ ___/ _____

Data: ___/ ___/ _____