**Formulário para pedido de definição de proposta inicial de avaliação (PICO) após parecer positivo CHMP (pré-AIM)**

Indique por favor o tipo de processo:

|  |  |
| --- | --- |
| Avaliação Prévia Hospitalar |  |
| Comparticipação |  |

Indique por favor o tipo de medicamento:

|  |  |
| --- | --- |
| Nova DCI |  |
| Nova indicação terapêutica |  |

Preencha por favor a seguinte tabela.

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do Medicamento |  |
| DCI |  |
| Requerente da AIM |  |
| Dosagem |  |
| Forma Farmacêutica |  |
| ATC |  |
| Indicações terapêuticas que deverão constar do RCM | *As indicações terapêuticas que deverão constar no RCM são as aprovadas de acordo com a avaliação do CHMP (Comité para Medicamentos de Uso Humano da Agência Europeia do Medicamento).* |
| Indicações terapêuticas para as quais é solicitada definição de Proposta Inicial de Avaliação (PICO) (em língua portuguesa) |  |
| Área terapêutica da indicação para a qual é solicitado PICO | Escolha um item. |

Após preenchido, o formulário deve ser datado, assinado e enviado para o email [dats@infarmed.pt](mailto:dats@infarmed.pt), com assunto “Pedido de financiamento após parecer do CHMP - <Nome do Medicamento>”. O pedido deve ser instruído com documento explicativo do mecanismo de ação do medicamento para o qual é solicitado o pedido de definição de proposta inicial de avaliação (PICO).

Data:

Assinatura do Representante do Requerente da AIM: