



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2017 - Año de las Energías Renovables

Informe

Número:

Referencia: ANEXO III DECLARACIÓN JURADA ASOCIACIONES CIVILES CON PERSONERÍA JURÍDICA

ANEXO III

DECLARACIÓN JURADA

ASOCIACIONES CIVILES CON PERSONERÍA JURÍDICA

Para solicitar medicamentos a través del RÉGIMEN DE ACCESO DE EXCEPCIÓN A MEDICAMENTOS NO REGISTRADOS (RAEM-NR)

Yo, Dr/a Matr. Prof. Nacional N°

con domicilio legal constituido en calle

N°..... Piso..... Dpto..... Localidad..... Provincia.....

Teléfono..... email:
.....

por medio de la Asociación Civil:
.....

prescribo para el paciente
.....

DNI N° Edad, domiciliado en calle:

N°..... Piso..... Dpto..... Localidad..... Provincia.....

Teléfono.....email:.....

quien padece
.....

....., la
medicación detallada a continuación para un tratamiento máximo de 180 (ciento ochenta) días corridos.

NOMBRE COMERCIAL:
.....

EMPRESA FARMACEUTICA ELABORADORA

.....

INGREDIENTE FARMACÉUTICO ACTIVO/GENÉRICO:.....

Firma del declarante:.....

FORMA FARMACÉUTICA:

.....

VÍA DE ADMINISTRACIÓN:.....

.....

PRESENTACIÓN:

.....

PAÍS DE PROCEDENCIA:.....

POSOLOGÍA DIARIA :.....(en mg, g, mg/ml, etc)

PESO/SUPERFICIE CORPORAL DEL PACIENTE (kg/m2):.....

CANTIDAD DE ENVASES A IMPORTAR:

CARACTERISTICAS DETALLADAS DEL PACIENTE QUE JUSTIFICAN LA INDICACIÓN:

.....

.....

.....

.....

Adjunto a esta declaración jurada el consentimiento informado firmado por el paciente o responsable legal (tachar el que no corresponda) donde consta que el mismo fue informado por quien suscribe que el medicamento solicitado no está disponible en la República Argentina; cuáles son los riesgos y beneficios de su uso y que el uso del mismo quedará bajo mi responsabilidad profesional en mi carácter de médico tratante.

Con la presente declaración me comprometo a comunicar a la ANMAT, a través del Sistema Nacional de Farmacovigilancia, los efectos adversos serios y de los informes periódicos de los resultados de seguridad y eficacia del medicamento prescripto a través del RAEM-NR.

Lugar: Fecha: de de 20.....

.....

.....

Firma del médico

Aclaración

N° DNI