

**DECLARACIÓN JURADA DEL MÉDICO TRATANTE PARA EL RÉGIMEN DE
ACCESIBILIDAD POR EXCEPCIÓN A MEDICAMENTOS
Disposición ANMAT 4616/19 – RAEM**

Toda la información consignada en este formulario tiene carácter de declaración jurada. Complete todo el formulario de puño y letra, sin dejar ningún campo vacío. En caso de corrección o agregado, coloque su firma abreviada y la fecha al lado.

A. Datos del MÉDICO TRATANTE	
Nombre completo	
Número de matrícula	
Entidad otorgante	
Domicilio (calle, número, piso, dpto, localidad, CP, provincia)	
Teléfono	
Correo electrónico	

B. Datos del PACIENTE	
Nombre completo	
DNI	
Edad	
Domicilio (calle, número, piso, dpto, localidad, CP, provincia)	
Teléfono	
Correo electrónico	
Diagnóstico completo, con la información que corresponda a la indicación autorizada en el país de origen (subtipo, grado de progresión, resultados de laboratorio, otros) En caso de renovación, describa la respuesta al tratamiento	

C. Datos del MEDICAMENTO PRESCRIPTO	
Nombre genérico	
Nombre comercial	
Nombre del Fabricante	
Forma farmacéutica	
Presentación	
Vía de administración	Oral <input type="checkbox"/> Inyectable IV <input type="checkbox"/> Inyectable IM <input type="checkbox"/> Tópica <input type="checkbox"/>
Dosis diaria y unidad de medida	
Peso/superficie corporal	No corresponde <input type="checkbox"/>
Cantidad de envases a importar	

D. Constancia de información al paciente

Declaro haberle explicado al paciente consignado en la sección B (o familiar a cargo o representante legal) de forma clara, precisa y adecuada las razones por las cuales le he prescrito el tratamiento consignado en la sección C, la forma en que dicho tratamiento deberá aplicarse, los riesgos y beneficios de su uso y las alternativas existentes a este tratamiento. El paciente tiene pleno conocimiento de que tales riesgos y beneficios se encuentran bajo mi responsabilidad profesional en mi carácter de médico tratante.

E. Compromiso de notificar eventos adversos al Sistema de Farmacovigilancia

Me comprometo a notificar al Sistema Nacional de Farmacovigilancia - ANMAT cualquier evento adverso que presente el paciente en relación sospechada o confirmada con el tratamiento prescrito.

F. Declaración de conflicto de intereses

A los fines de la presente declaración jurada, el interés primario del médico tratante debe ser indicarle el tratamiento apropiado a la enfermedad del paciente y en condiciones adecuadas al estado clínico. Cuando una decisión terapéutica resulta afectada por un interés secundario (sea financiero o de otro tipo, sea para sí mismo o para terceros) ocurre un conflicto de intereses.

Ejemplos de vínculos financieros con el fabricante, importador o vendedor de productos para la salud son: recibir dinero para asistir a reuniones y congresos (inscripción, pasaje o gastos), para realizar una investigación, o por participar en programas educativos o formativos de esa compañía; cobrar honorarios como consultor médico de la compañía o como conferencista en una reunión organizada por la empresa; actuar como perito en alguna causa relacionada con la prescripción del medicamento; o participar en algún grupo académico que pueda influir sobre la prescripción y promoción del medicamento en cuestión.

Marque la afirmación que corresponde a su situación:

- No tengo ni he tenido nunca ningún vínculo financiero con una empresa fabricante, importadora o comercializadora del medicamento consignado en la sección C de esta Declaración Jurada.
- Tengo o he tenido vínculos financieros con la empresa fabricante, importadora o vendedora del medicamento consignado en la sección C de esta Declaración Jurada.

Detalle abajo los vínculos financieros o cualquier situación que considere que pueda inducir un conflicto de intereses en relación a esta prescripción, incluyendo el nombre de las entidades originantes y las fechas aproximadas:

G. Firma del Declarante

Firma del médico _____

Aclaración _____

DNI _____

Número de matrícula _____

Lugar y Fecha _____