

LISTA DE VERIFICACIÓN

I. Condiciones para remitir una solicitud de ETS-EMC a RENETSA

Los numerales siguientes deben cumplirse para solicitar una ETS-EMC, según lo previsto en el Reglamento de La Ley Nacional de Cáncer.

1. La solicitud de ETS-EMC es para evaluar: - Un producto farmacéutico oncológico para el tratamiento de una enfermedad oncológica, y - No está incluido en el PNUME o sus listas complementarias.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO								
2. El costo anual del tratamiento por paciente supera las 9 UIT (Es > S/ 41 400)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nombre del producto farmacéutico/ presentación</th> <th>Costo unitario (S/) [A]</th> <th>Cantidad anual de la tecnología por paciente [B]</th> <th>Costo estimado anual por paciente (S/) [AxB]</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Nombre del producto farmacéutico/ presentación	Costo unitario (S/) [A]	Cantidad anual de la tecnología por paciente [B]	Costo estimado anual por paciente (S/) [AxB]					
Nombre del producto farmacéutico/ presentación	Costo unitario (S/) [A]	Cantidad anual de la tecnología por paciente [B]	Costo estimado anual por paciente (S/) [AxB]						
Fuente oficial de donde se obtuvo el costo unitario:									
3. El producto farmacéutico cuenta con Registro Sanitario actualmente vigente en el país	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO								
4. El producto farmacéutico es requerido para una condición clínica contenida en la ficha técnica correspondiente	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO								
5. Se adjuntan los formularios correspondientes debidamente completados - Formulario para la solicitud de ETS-EMC (Anexo N°1) - Formulario para la participación de partes involucradas en la solicitud de ETS-EMC (Anexo N° 2)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO								
6. Se adjuntan los formularios correspondientes a la aprobación del producto farmacéutico aprobado por el Comité farmacoterapéutico (CFT) de acuerdo a la NTS N°091-MINSA/DIGEMID Norma técnica de salud para la utilización de medicamentos no considerados en el petitorio nacional único de medicamentos esenciales y NTS N°202-MINSA/DIGEMID-2023 Norma técnica de salud para la organización y funcionamiento de los comités farmacoterapéuticos a nivel nacional. - Copia de la Solicitud de autorización para la utilización de medicamentos no considerados en el PNUME presentada al CFT - Copia del Informe técnico de medicamentos no PNUME presentada al CFT - Copia del Informe de evaluación del CFT	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO								

II. Origen de la solicitud

¿Cuál de las siguientes condiciones motiva la presente solicitud de ETS-EMC?
Marcar sólo la opción que corresponda.

a. Numeral 13.4 del Reglamento de la Ley Nacional de Cáncer <i>Situación excepcional: caso de emergencia y el paciente no cumple la condición de terminalidad oncológica establecida por el médico especialista. El CFT ha autorizado su uso previo a remitir solicitud de ETS-EMC a RENETSA.</i>	<input type="checkbox"/>				
b. Numeral 13.7 del Reglamento de la Ley Nacional de Cáncer <i>Producto farmacéutico se encuentra fuera del PNUME o sus listas complementarias, es considerado de alto costo y es requerido por un CFT o la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP).</i>	<input type="checkbox"/>				
c. Décimo quinta disposición complementaria final del Reglamento de la Ley Nacional de Cáncer: <i>El producto farmacéutico fue coberturado en el marco de la RM N° 862-2019-MINSA:</i> - <i>El establecimiento de salud es nivel III-2, y</i> - <i>La adquisición y/o utilización fue evaluada y aprobada por el Comité Farmacoterapéutico, y</i> - <i>El medicamento fue incluido en una GPC o documento normativo (según Norma para elaboración de documentos normativos del MINSA)</i>	<input type="checkbox"/>				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nombre del documento normativo de la IPRESS solicitante donde se incluyó al medicamento</th> <th>Documento o acto resolutivo y fecha aprobación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Nombre del documento normativo de la IPRESS solicitante donde se incluyó al medicamento	Documento o acto resolutivo y fecha aprobación			
Nombre del documento normativo de la IPRESS solicitante donde se incluyó al medicamento	Documento o acto resolutivo y fecha aprobación				