**Formulario de Ingreso de Productos Médicos No Registrado**

Montevideo,………………………. de 20.....

Sr/a Director/a de la División Evaluación Sanitaria

Por intermedio de la presente, el/ la suscrito/a, Dr. / a…………………………………………………….. solicita se sirva extender una constancia a los efectos de ingresar al país el producto médico…………………………………………………………...según información abajo detallada:

|  |
| --- |
| 1. **Médico Tratante**
 |
| **Nombre Completo Título Universitario de** |
|  |  |
| **Domicilio Constituido Especialidad** |
|  |  |
| **Teléfono** |  | **N° de CJPPU**  |  |
| 1. **Datos del Paciente**
 |
|  **Nombre Completo Edad Cédula de Identidad** |
|  |  |  |
| **Diagnóstico Clínico:** |
| 1. **Datos del Producto Médico**
 |
| Marca Comercial y modelo |  |
| Indicación de uso |  |
| Duración del Tratamiento |  |
| Cantidad a Ingresar, indicando la unidad |  |
| País de Origen y Procedencia |  |
|  |

|  |
| --- |
| **Fundamento de la indicación evaluando los beneficios y riesgos comparativos con otras alternativas terapéuticas que puedan existir en nuestro país:** |
| 1. **Datos Institución Médica a la cual es afiliado el paciente**
 |
| Nombre Razón Social |
|  |  |
| Domicilio Constituido Nombre Director Técnico |
|  |  |
| Teléfono de Contacto de la Institución Médica |  |

Adjunto a la presente **consentimiento informado** firmado por el paciente o por familiar directo del mismo *(borre el que NO corresponda)* donde consta que el mismo fue informado por quien suscribe, de que el producto médico………….. no tiene registro en nuestro país, así como los riesgos y beneficios de su uso y de que su uso quedará bajo la responsabilidad del médico tratante y de la Institución Médica……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Sin otro particular, saluda cordialmente,

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma y Aclaración de Firma Firma y Aclaración de Firma

 Médico Tratante Director Técnico de la Institución