



*Ministerio de Salud
Secretaría de Políticas, Regulación
e Institutos
A.N.M.A.T.
Instituto Nacional de Medicamentos*

RÉGIMEN DE ACCESO DE EXCEPCIÓN A MEDICAMENTOS NO REGISTRADOS

Disposición 10874-E/2017

CONFORMIDAD DE LA INSTITUCIÓN SANITARIA

Lugar:

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

El que suscribe, Dr./a, en mi carácter de
..... del establecimiento asistencial
.....,
expreso que hemos aceptado la propuesta terapéutica realizada por el Dr./a
....., para la utilización en éste centro
asistencial del medicamento:

Dejo constancia que su indicación en este paciente individual ha sido
aprobada por el Comité de Ética de esta Institución y que su aplicación se
realizará de acuerdo con las recomendaciones establecidas en el prospecto
del producto, garantizando que se respetarán las normas éticas y legales
vigentes.

Firma de la Autoridad Responsable