

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ADQUISICIÓN DIRECTA

INSTRUCCIONES PARA RELLENAR ESTE FORMULARIO

Deben completarse todas las secciones, independientemente de los productos que se soliciten.

La sección 5 establece las condiciones de suministro.

Los anexos deberán rellenarse en función de los requisitos:

- Anexo 1 - Medicamentos antituberculosos de primera línea, para adultos y pediatría (FLD)
- Anexo 2 - Medicamentos antituberculosos de segunda línea, para adultos y pediatría (SLD)

Por favor, asegúrese de proporcionar toda la información requerida para que el agente de adquisiciones encargado pueda ofrecerle el presupuesto más acorde con su solicitud.

SECCIÓN 1. INFORMACIÓN DEL CLIENTE Y FUENTE DE FINANCIACIÓN

Solicitud de

Nombre de la institución	
Dirección	

(en adelante «el cliente»)

Presentado a

Servicio Farmacéutico Mundial

(en adelante «GDF»)

Fuente de financiación

<i>Fuente de financiación para la solicitud del producto</i>	Marque la opción correspondiente (✓)
Fondo Mundial	
USAID	
Gobierno	
Otros; por favor especifique la fuente: _____	

SECCIÓN 2. DATOS DE CONTACTO

Asegúrese de que a continuación se proporcionan todos los detalles de contacto, entre otros, la dirección postal completa, el teléfono, el fax y el correo electrónico.

País:	
Organización:	
Dirección:	
Persona de contacto:	
Cargo:	
Teléfono:	
Fax:	
Correo electrónico:	

1) Nombre y datos de contacto completos del consignatario (la organización que recibe los productos)	Organización: Dirección: Nombre: Cargo: Teléfono: Fax: Correo electrónico:
2) Todos los datos de contacto de la parte notificante (persona/autoridad responsable de la autorización del envío de los productos) Nota: Cuando el suministro esté listo para su despacho, se enviará un correo electrónico a las personas arriba citadas. Es necesario contar con la autorización antes de despachar el envío. Es preferible dar el nombre de la persona a cargo de la logística o las adquisiciones que será responsable del seguimiento de los envíos.	Nombre: Cargo: Organización: Dirección: Teléfono: Fax: Correo electrónico:
3) Datos de contacto completos de la persona responsable del registro de los productos que deben entregarse (si fuera necesario).	El expediente de la solicitud debe enviarse a: Nombre: Cargo: Organización: Dirección: Teléfono: Fax: Correo electrónico:
4) Datos de contacto completos del responsable de la financiación Persona encargada de gestionar el pago relacionado con este formulario de adquisiciones	Nombre: Cargo: Organización: Dirección: Teléfono: Fax: Correo electrónico:
5) Otras personas a las que se enviará copia de las comunicaciones relacionadas con este formulario de adquisición	Nombre: Organización: Correo electrónico:

	Nombre: Cargo: Organización: Correo electrónico:
--	---

SECCIÓN 3: DATOS DE ENTREGA E IMPORTACIÓN

En la(s) fecha(s) de entrega deseada(s) el Programa debe especificar cuándo es necesario que los productos lleguen al país de destino para garantizar que dispone de reservas suficientes en los niveles central, regional y periférico. El agente de adquisiciones del GDF pondrá todo su empeño en que se cumpla(n) la(s) fecha(s) de entrega solicitada(s). Asimismo, proporcionará información actualizada sobre el tiempo estimado de llegada (ETA) en cuanto disponga de datos al respecto.

Es recomendable realizar los pedidos de los productos al menos seis meses antes de la fecha de entrega deseada.

1) Período durante el que se utilizarán los productos	
2) Fecha de entrega deseada (fecha en que se necesitan los productos, teniendo en cuenta que el plazo de entrega estándar es de cuatro a seis meses desde la recepción de los fondos para los productos)	
3) Nota: En el caso de que se requieran envíos fraccionados, debe indicarse la fecha de entrega deseada para cada uno de ellos (tenga en cuenta el comentario anterior).	
4) Puerto de entrega preferido	
5) Sistema de transporte preferido	<input type="checkbox"/> Aéreo <input type="checkbox"/> Marítimo <input type="checkbox"/> Terrestre
6) Documentación que debe acompañarse al envío La documentación estándar incluye carta de porte aéreo/conocimiento de embarque, factura y lista de embalaje. Si necesitara más documentación, marque la casilla correspondiente.	<input type="checkbox"/> Carta de porte aéreo/conocimiento de embarque <input type="checkbox"/> Certificado de análisis (certificado analítico del lote) <input type="checkbox"/> Certificado de origen <input type="checkbox"/> Lista de embalaje <input type="checkbox"/> Factura <input type="checkbox"/> Certificado de regalo <input type="checkbox"/> Otros documentos o requisitos (tales como documentos originales, etc.)
7) Confirme que no se requieren inspecciones especiales previas al envío además de la inspección previa a la expedición que llevará a cabo el agente del GDF	<input type="checkbox"/> NO , las inspecciones del GDF son suficientes <input type="checkbox"/> SÍ , se requieren inspecciones especiales previas al envío Especificar:
8) Preaviso requerido por el cliente antes de la entrega	semana(s)
9) Requisitos especiales relativos a las marcas en el embalaje	
10) Detalle de los requisitos adicionales, por ejemplo el lenguaje del etiquetado	
11) Los envíos pueden llegar fuera del horario laboral habitual (de lunes a viernes de 09:00 a 17:00 h)? Si no fuera así, indique el horario.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

SECCIÓN 4: DATOS RELATIVOS AL REGISTRO

La información sobre el registro de los productos es fundamental para garantizar la puntualidad en la entrega de los productos. Compruebe que en la siguiente sección se muestra la información completa, exacta y actualizada.

1) Es necesario registrar los medicamentos que se entregarán? Tiempo requerido para su registro?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Número de semanas necesarias para el registro:
2) Pueden los medicamentos/productos para diagnóstico importarse al país antes o durante el registro (si procede)?	Antes <input type="checkbox"/> Durante <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3) Si el registro fuera necesario, el expediente de registro correspondiente a la solicitud debe remitirse a:	Nombre: Cargo: Organización: Dirección: Teléfono: Fax: Correo electrónico:
4) Si el registro fuera necesario: a) Es posible obtener una exención del registro? b) Existe algún procedimiento rápido para el registro de los productos que han de entregarse?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <u>Semanas necesarias para la exención:</u> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <u>Semanas para el procedimiento rápido:</u> Lista de documentos requeridos: <u>para la exención:</u> - - - <u>para el registro por el procedimiento rápido:</u> - - -
5) Otra información importante sobre el registro de medicamentos y productos para diagnóstico que pueda afectar a los envíos.	

SECCIÓN 5. CONDICIONES DE SUMINISTRO

- Condiciones generales
 - GDF solo suministra medicamentos a través de los agentes de adquisiciones seleccionados por GDF.
 - Todos los medicamentos se proporcionarán a los pacientes a título gratuito.
 - Los fármacos suministrados solo se emplearán de acuerdo con las directrices sobre tratamiento de la OMS y del país.
 - En el caso de los tratamientos para la tuberculosis multirresistente no es necesaria la aprobación del Comité Luz Verde, ya sea mundial o regional. No obstante, GDF puede facilitar una copia de este formulario al Comité Luz Verde regional o mundial para solicitar su asesoramiento, sobre todo en las adquisiciones subvencionadas por el Fondo Mundial.
- Proceso de adquisición
 - GDF colabora con los agentes de adquisiciones que coordinan la compra y la logística de los pedidos realizados a GDF mediante este formulario. La ejecución del presente formulario puede iniciarse únicamente después de la firma de un contrato comercial entre el agente de adquisiciones y el cliente, y de la recepción del pago anticipado de los fondos por el agente de adquisiciones, o bien de la forma acordada por escrito entre el agente de adquisiciones y el cliente.
 - El cliente será responsable del pago, o de obtener la exención de los aranceles o los requisitos de importación aplicables, así como de efectuar el registro de los productos en colaboración con los fabricantes o de obtener las exenciones pertinentes, del almacenamiento en el país, y de la distribución y la supervisión de los suministros, salvo que se acuerde lo contrario con el agente de suministros o con GDF.
 - El cliente entiende la importancia que reviste la calidad de los medicamentos. Los solicitantes que presenten un formulario para tratamientos parciales de la tuberculosis multirresistente comprenden que es su responsabilidad directa asegurarse de que el resto de los medicamentos suministrados sean de una calidad garantizada, y son enteramente responsables de la atención a sus pacientes. En el caso de las adquisiciones financiadas por el Fondo Mundial, se requiere la autorización previa por escrito del Fondo Mundial si los fondos se destinan a subvencionar tratamientos parciales.
- Comisión de gestión
 - La comisión de gestión por la ejecución del pedido se muestra en el presupuesto proporcionado al cliente por el agente de adquisiciones.
 - Las comisiones actuales totales de los agentes de adquisiciones de GDF por los medicamentos (IDA) para la tuberculosis se aplican sobre los precios de fábrica de los suministros, y se indican en la tabla siguiente . A raíz del apoyo programático y técnico que GDF ofrece en virtud de este acuerdo, GDF cobra una comisión de gestión sobre el precio de fábrica de los suministros. La comisión la cobra el agente de adquisiciones en nombre de GDF.

	Subvención SLD IDA	AD* SLD IDA	Subvención FLD IDA	AD* FLD IDA	UNOPS WB
Comisión total de gestión	3,7	4,2	2,8	3,95	4.5
Componente de GDF	-	0,5	-	1,15	-

* AD adquisición directa

- Supervisión y asistencia técnica
 - GDF se reserva el derecho de supervisar, a través de una agencia técnica independiente, el uso de los medicamentos y las mercancías suministrados en virtud de este formulario. El cliente acepta interactuar con expertos a los cuales GDF podrá notificar y solicitar evaluaciones, entre ellos los asesores sobre TB regionales de Stop TB Partnership, los representantes regionales del Comité Luz Verde y los oficiales de suministros de la Alianza en el país. El informe de evaluación se facilitará al cliente.
 - Las partes también podrán celebrar consultas sobre la ejecución de la asistencia técnica en materia de gestión de medicamentos
 - y ponerse de acuerdo al respecto.
- Disposiciones especiales
 - Los efectos adversos graves que el cliente advierta y que puedan estar relacionadas con el uso de los medicamentos han de comunicarse oportunamente al centro nacional de farmacovigilancia o, en su ausencia, a la autoridad nacional reguladora de medicamentos, de acuerdo con la legislación local u otras disposiciones aplicables.
 - Si el cliente no representa a una ONG internacional, conocida públicamente por su actividad en el campo del tratamiento a pacientes con tuberculosis (PIH, MSF, Alianza Internacional contra el VIH/SIDA o similar), a una organización de las Naciones Unidas o a la entidad nacional en materia de asuntos relacionados con la tuberculosis, es necesario que proporcione una carta de aprobación del programa nacional de tuberculosis (PNT) o un organismo similar. Si ello no fuera posible, el cliente debe remitir una explicación pertinente para que GDF pueda tomar una decisión sobre esta adquisición. Mediante la presentación de la carta o la explicación, el cliente acepta que GDF se ponga en contacto con sus socios para recabar más información sin necesidad de que preste un consentimiento adicional.
 - En el caso específico de que, de conformidad con las directrices sobre tratamiento de la OMS, se soliciten medicamentos no recomendados para tratar la tuberculosis multirresistente, como los del Grupo 5, GDF podría solicitar al cliente que firme una exención de responsabilidad, la cual debe presentarse antes de que se inicie el suministro de dichos productos.
 - Si se solicita bedaquilina, y de acuerdo con la *Guía provisional de políticas* de la OMS sobre el uso de bedaquilina¹, el medicamento puede ser utilizado como parte de un régimen de tratamiento de la tuberculosis multirresistente siempre que se cumplan las cinco condiciones siguientes:
 - Tratamiento administrado bajo una supervisión estricta
 - Inclusión adecuada de los pacientes
 - Obtención del consentimiento informado de los pacientes
 - Adhesión a los principios de diseño de un régimen de tratamiento para la tuberculosis multirresistente recomendados por Stop TB Partnership
 - Farmacovigilancia y gestión adecuada de los efectos adversos, y prevención de las interacciones medicamentosas

¹ http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2013/bedaquiline_mdr_tb_20130613/en/

Por favor, firme a continuación y envíelo a la siguiente dirección:

**Servicio Farmacéutico Mundial
UNOPS, A/A Secretaría de Stop TB Partnership
Correo electrónico: gdfprs@unops.org
(O bien envíelo por correo electrónico a su coordinador de GDF)**

Firma:

Nombre:

Cargo:

(Funcionario autorizado)

ANEXO 1. Medicamentos antituberculosos de primera línea

NÚMERO DE CASOS QUE SE ESPERA TRATAR

Período de uso de los medicamentos: Año Fecha en la que se necesitan: Día/Mes/Año

Nota: Las Tablas 1a y 1b a continuación indican el número total de pacientes que se va a tratar en el país (columna A) en los próximos 12 meses y el número de pacientes que se va a tratar con los medicamentos suministrados por GDF (columna B) en virtud del presente contrato.

Tabla 1 a : Número de casos y contactos ADULTOS que se espera tratar

		A	B
Categoría de tratamiento	Régimen de tratamiento	Número total de casos de personas adultas que el PNT espera tratar con medicamentos de TODAS LAS FUENTES	Número total de casos de personas adultas que el PNT espera tratar con medicamentos de GDF
I			
II			
III			
Profilaxis	6/9/XH		
Es necesaria una reserva de estabilización para los casos de la columna B: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si la respuesta es afirmativa, indique el porcentaje aquí: porcentaje % *			

* Este porcentaje de reserva de estabilización se aplica a la cantidad de medicamentos estimada para el suministro, tal como se indica en la tabla «Productos que deben suministrarse» que figura más abajo.

Tabla 1b: Número de casos y contactos PEDIÁTRICOS que se espera tratar (directrices previas)

		A	B
Categoría de tratamiento	Régimen de tratamiento	Número total de casos de personas adultas que el PNT espera tratar con medicamentos de TODAS LAS FUENTES	Número total de casos pediátricos que el PNT espera tratar con medicamentos de GDF
I			
II			
III			
Profilaxis de 0 a 2 años	6/9/XH		
Profilaxis de 3 a 5 años	6/9/XH		
Es necesaria una reserva de estabilización para los casos de la columna B: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si la respuesta es afirmativa, indique el porcentaje aquí: porcentaje % *			

* Este porcentaje de reserva de estabilización se aplica a la cantidad de medicamentos estimada para el suministro, tal como se indica en la tabla «Productos que deben suministrarse» que figura más abajo. EN EL CASO DE LOS PEDIDOS PEDIÁTRICOS, debido a la limitada vida útil de los medicamentos pediátricos, la reserva de estabilización de las formulaciones pediátricas no debe sobrepasar el 20 %.

Tabla 1c: Número de casos y contactos PEDIÁTRICOS que se espera tratar (*Directrices provisionales*)

Categoría	Fase intensiva	Fase de continuación	Todas las fuentes	GDF
Nuevos casos (de 5 a 20 kg)				
Nuevos casos (de 21 a 30 kg)				
Casos de retratamiento (de 5 a 20 kg)				
Casos de retratamiento (de 21 a 30 kg)				
Profilaxis (de 0 a 35 meses)	6H (5mg/kg)			
Profilaxis (de 36 a 60 meses)				
Es necesaria una reserva de estabilización para los casos de la columna B: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Si la respuesta es afirmativa, indique el porcentaje aquí: porcentaje %*				

* Este porcentaje de reserva de estabilización se aplica a la cantidad de medicamentos calculada para el suministro, tal como se indica en la tabla «Productos que deben suministrarse» que figura más abajo. EN EL CASO DE LOS PEDIDOS PEDIÁTRICOS, debido a la limitada vida útil de los medicamentos pediátricos, la reserva de estabilización de las formulaciones pediátricas no debe sobrepasar el 20 %.

Table 1d: Número de casos y contactos PEDIÁTRICOS que se espera tratar (2014 Directrices para el uso de las nuevas formulaciones pediátricas)

Category	Fase intensiva	Fase de continuación	Todas las fuentes	GDF
Nuevos casos (4-24 kg)				
Nuevos casos (25 kg+)				
Casos de retratamiento (4-24 kg)				
Casos de retratamiento (25 kg+)				
Profilaxis (0-35 months)	6H (5mg/kg)			
Profilaxis (36-60 months)				
Es necesaria una reserva de estabilización para los casos de la columna B: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Si la respuesta es afirmativa, indique el porcentaje aquí: porcentaje %*				

* Este porcentaje de reserva de estabilización se aplica a la cantidad de medicamentos calculada para el suministro, tal como se indica en la tabla «Productos que deben suministrarse» que figura más abajo. EN EL CASO DE LOS PEDIDOS PEDIÁTRICOS, debido a la limitada vida útil de los medicamentos pediátricos, la reserva de estabilización de las formulaciones pediátricas no debe sobrepasar el 20 %.

FORMULACIONES Y CANTIDADES DE MEDICAMENTOS/EQUIPOS QUE DEBEN SUMINISTRARSE

- GDF calcula la cantidad de comprimidos o viales a partir de los datos proporcionados por el país: regímenes de tratamiento, formulación de los medicamentos, número de pacientes.
- Tenga en cuenta que todos los cálculos se basan en la hipótesis de que los medicamentos se administran 28 días al mes.

Tabla 2: Productos y cantidades que deben suministrarse

Producto	Cantidad total de comprimidos/viales	Embalaje (número de comprimidos/viales por unidad)	Cantidad de unidades QUE DEBEN SUMINISTRARSE*
Rifampicina 150 mg/Isoniazida 75 mg/Pirazinamida 400 mg/Etambutol 275 mg (RHZE 150/75/400/275)		Blíster (672)	
Rifampicina 150 mg/Isoniazida 75 mg/ Etambutol 275mg (RHE 150/75/275)		Blíster (672)	
Rifampicina 150 mg/Isoniazida 75 mg (RH150/75)		Blíster (672)	
Rifampicina 150 mg/Isoniazida 150mg (RH150/150)		Blíster (672)	
Etambutol 400mg/Isoniazida 150mg (EH400/150)		Blíster (672)	
Etambutol 400 mg (E 400)		Blíster (672)	
Isoniazida 300 mg (H 300)		Blíster (672)	
Pirazinamida 400 mg (Z400)		Blíster (672)	
Rifabutina 150 mg (Rfb150)		Frasco (100)	
Rifampicina 150 mg (R150)		Blister (100)	
Rifampicina 300 mg (R300)		Blister (100)	
Rifapentina 150 mg (Rpt150)		Blister (24)	
Estreptomina sulfato 1gr (S 1)		Viales (100 viales por unidad)	
Agua para inyección, 5ml		Viales (100 viales por unidad)	
Jeringa hipodérmica 5 ml (AD: autodestruibles) Por favor, especifique las dimensiones de la aguja - 21G - 23G		Jeringas y agujas (100 por unidad)	
Jeringas hipodérmicas AD con funciones de reutilización y prevención de lesiones (RUP/SIP) (sin cajas de seguridad) Por favor, especifique las dimensiones de la aguja - 21G		Jeringas y agujas (100 por unidad)	

- 23G			
Caja de seguridad para 100 jeringas y agujas usadas		Cajas (25 unidades)	

*Incluye el stock de reserva indicado en la tabla 1 a/b.

Equipos para pacientes	Embalaje (número de comprimidos/viales por unidad)	Cantidad de unidades QUE DEBEN SUMINISTRARSE*
Equipos para pacientes categorías I y III (tipo A) 6 blísters (168) comprimidos 4-FDC (R150/H75/Z400/E275) 12 blísters (336) comprimidos 2-FDC (R150/H75)	Medicamentos orales en blíster	
Equipos para pacientes categorías I y III (tipo C) 6 blísters (168) 4-FDC (R150/H75/Z400/E275) 6 blísters (168) comprimidos 2-FDC (R150/H150)	Medicamentos orales en blíster	

*Incluye la reserva de estabilización indicada en la tabla 1 a/b.

Formulaciones pediátricas	Cantidad total de comprimidos	Embalaje (número de comprimidos/viales por unidad)	Cantidad de unidades QUE DEBEN SUMINISTRARSE*
Rifampicin 75mg/Isoniazid 50mg/ Pyrazinamide 150mg, comprimidos, Dispersibles RHZ(75/50/150)		Blíster (84)	
Rifampicin 75mg/Isoniazid 50mg, Comprimidos, Dispersibles RH(75/50)		Blíster (84)	
Isoniazida 100mg (H100)		Blíster (100)	
Etambutol 100 mg (E100)		Blíster (500)	

*Incluye la reserva de estabilización indicada en la tabla 1 a/b.

ANEXO 2. Medicamentos antituberculosos de segunda línea

Tratamiento e inscripción

N.º de pacientes en tratamiento	
---------------------------------	--

Inscripción	Número de pacientes
Inscripciones previstas, año, trimestre	

Indique las inscripciones previstas durante un año por trimestre a partir de la fecha en que se completa este formulario

Régimen de tratamiento

Régimen de tratamiento (RT)*	Número de pacientes en el RT
1.	
2.	
3.	

*EJEMPLO: 8 Z-Km(Cm)-Lfx-Eto-Cs/ 12 Z-Lfx-Eto-Cs

Aunque es preferible que los pedidos se efectúen para adquirir regímenes de tratamiento completos (con la posibilidad de que se envíen de manera fraccionada), este formulario puede emplearse para realizar pedidos de regímenes de tratamiento parciales o para complementar regímenes de tratamiento completos (los suministros parciales deben adaptarse a la reserva disponible, al consumo y al número de nuevos pacientes).

Marque la casilla correspondiente:

esta es una solicitud de régimen de tratamiento completo

esta es una solicitud de régimen de tratamiento parcial (sujeta a la aprobación del Fondo Mundial, si procede)

Adjunte la autorización del Fondo Mundial

esta es una solicitud para complementar un régimen de tratamiento completo (suministro parcial)

Si se solicita un suministro parcial, deben cuantificarse minuciosamente las necesidades de reservas y las reservas disponibles, y, por tanto, la diferencia que debe cubrirse.

PRODUCTOS Y CANTIDADES SOLICITADAS

Producto	Formula rio	Adquiri do a GDF*	Unidad es al día**	N.º de días que el paciente tomará el medicame nto	Total de unidades/paci ente	N.º total de pacientes que recibe el medicame nto	Total solicitado/unid ades	Solicit ud ajustad a /unida des	Solicit ud ajustad a /unida des
			A	B	C = A x B	D	E=C x D	F	F
Ejemplo: cálculo	Comp.	SÍ	2 comp./ día	120 días	240 comp.	10 pacientes	2400 comp.	2200	2200 comp.
Kanamicina 1gr	Vial								
Capreomicina 1gr	Vial								
Amikacina 500 mg	Amp.								
Moxifloxacina 400 mg	Comp.								
Levofloxacina 250 mg	Comp.								
Levofloxacina 500 mg	Comp.								
Etionamida 250 mg	Comp.								
Protionamida 250 mg	Comp.								
Cicloserina 250 mg	Cáps.								
PASER 4 gr	Sobre								
PAS de sodio 60% (PAS)	Frasco/ sobre								
Terizidona 250 mg	Cáps.								
Etambutol 400 mg	Comp.								
Pirazinamida 400 mg	Comp.								
Pirazinamida 500 mg	Comp.								
Amoxicilina clavunato 250+62.5 mg	Susp. oral								
Amoxicilina 125+31.25 mg	Susp. oral								
Amoxicilina 250+125 mg	Comp.								
Amoxicilina clavunato 500+125 mg	Comp.								
Amoxicilina clavunato 875+125 mg	Comp.								
Clofazimina 50 mg	Cáps.								
Clofazimina 100 mg	Cáps.								
Claritromicina 250 mg	Comp.								
Claritromicina 500 mg	Comp.								

Imipenem/Cilastatina 500+500 mg	Polvo para solución								
Linezolid 600 mg	Comp.								
Bedaquilina 100 mg	Comp.								
Delamanid 50 mg	Comp.								
Rifampicina 150 mg	Comp.								
Rifampicina 300 mg	Comp.								
Vitamina B6 50 mg	Comp.								

* Si se solicita un régimen de tratamiento parcial, marque NO en esta celda.

**Unidades: comprimidos, cápsulas, viales o inyecciones, sobres

La solicitud total ajustada es el pedido final del programa.

No es necesario que la solicitud ajustada coincida con el Total solicitado/unidades, ya que de esta forma se otorga flexibilidad a los países para que tengan en cuenta otros aspectos que pueden afectar a la orden, como la situación actual de las reservas, los patrones de consumo y otros aspectos.

Más abajo, en la sección *Comentarios*, puede proporcionar información sobre los aspectos examinados.

Para el programa de donación de bedaquilina, consulte la *Nota informativa* en el enlace siguiente (en inglés): http://www.stoptb.org/news/stories/2014/ns14_025.asp