

# Farmácia

## POP Procedimentos Operacionais Padrão

### Supervisão Técnica de Saúde Aricanduva Mooca

- Roberta Braga Amoras Leão Ruffeil
- Sueli Ilkiu
- Valéria Verkin Barsoumian

**Farmacêuticos de Unidades de Saúde da Supervisão Técnica Aricanduva Mooca, responsáveis pela elaboração em 2014:**

- Alessandra Ap. Nassiben
- Ariane Lombardi Vieira
- Diego Finzetto
- Fabiana Amato Nóbile
- Fabiana Palaria Mergulhão
- Fernanda S. de Araújo
- Maria Cecília Palanchi Ferreira
- Maria das Graças Correa
- Meire Liz Meneses dos Santos
- Octávio Fernandes Jr.
- Solange Fiedler
- Tatiana G. Perez
- Valdemar César Reis

**Farmacêuticas da Supervisão Técnica:**

- Haruko Shinoda
- Sueli Ilkiu

**Farmacêuticos de Unidades de Saúde da Supervisão Técnica Aricanduva Mooca, responsáveis pela 1ª revisão em 2015:**

- Alessandra Ap. Nassiben
- Ariane Lombardi Vieira
- Diego Finzetto
- Fabiana Amato Nóbile
- Fernanda S. de Araújo
- Maria Cecília Palanchi Ferreira
- Meire Liz Meneses dos Santos
- Octávio Fernandes Jr.
- Solange Fiedler
- Tatiana G. Perez

**Farmacêutica da Supervisão Técnica:**

- Roberta Braga Amoras Leão Ruffeil

**Responsáveis pela 2ª revisão em 2016:**

- Cleidiane de Sousa Rocha. Estagiária de Farmácia da Universidade São Judas Tadeu
- Roberta Braga Amoras Leão Ruffeil. Farmacêutica da Supervisão Técnica

**Farmacêuticos de Unidades de Saúde da Supervisão Técnica Aricanduva Mooca, responsáveis pela validação da 2ª Revisão:**

- Alessandra Ap. Nassiben
- Diego Sarco Finzetto
- Fabiana Amato Nóbile
- Fernanda S. de Araújo
- Maria Cecília Palanchi Ferreira
- Meire Liz Meneses dos Santos
- Octávio Fernandes Jr.
- Solange Araújo Fiedler
- Felipe Pomarole Santos
- Alan Pereira Pinto
- Ariane Alves Silva
- Maderleyny Cristina Coutinho
- Márcio Eduardo Boiati
- Thiago Cordeiro dos Santos

## INDICE

POP 01 - Recebimento e verificação dos medicamentos recebidos.....	06
POP 02 - Transferência de medicamentos.....	08
POP 03 - Pedido de emergência.....	09
POP 04 - Avaliação do consumo médio mensal – CMM.....	10
POP 05 - Armazenamento e reposição de estoque.....	11
POP 06 - Atendimento às prescrições (receitas).....	12
POP 07 - Validade das prescrições.....	14
POP 08 - Dispensação (entrega) de Medicamentos.....	15
POP 09 - Dispensação de medicamentos para administração na própria unidade.....	18
POP 10 – Dispensação de medicamentos controlados pela Portaria 344/98.....	20
POP 11 – Medicamentos pertencentes às listas da Portaria 344/98: escrituração, inventário e dispensação.....	22
POP 12 – Programa Medicamento de Média Complexidade – MMC .....	28
POP 13 - Medicamentos EXTRA-REMUME .....	30
POP 14 - Medicamentos estratégicos (Doença de Notificação Compulsória) .....	31
POP 15 - Programa Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e medicamentos com dispensação em unidades de referência.....	33
POP 16 - Dispensação aos setores da unidade .....	35
POP 17 - Ficha de Queixa Técnica de Desvio da Qualidade de medicamento e Farmacovigilância.....	36
POP 18 - Estorno de movimento de medicamentos.....	38
POP 19 - Descarte de medicamentos devolvidos e/ou com prazo de validade expirada.....	39
POP 20 - Inventário semestral.....	41
POP 21 - Temperatura e umidade da farmácia.....	42
POP 22 - Temperatura da geladeira.....	44
POP 23 – Limpeza da farmácia.....	46
POP 24 – Caderno de intercorrências.....	47
POP 25 – Uso de inalador oral.....	48
POP 26 – Planilha de controle de produtividade.....	49
POP 27 – Sistema GSS inoperante, falha ou falta de conectividade na rede.....	51

POP 28 – Dispensação de insumos e medicamentos do Programa de Automonitoramento Glicêmico (PAMG) .....	53
--	----

## **ANEXOS**

ANEXO 01 – Folha de ocorrência.....	56
ANEXO 02 – Comunicado ao prescritor.....	58
ANEXO 03 – Requisição interna de solicitação de medicamentos.....	59
ANEXO 04 - Lista de medicamentos prescritos pelos Enfermeiros da Atenção Básica.....	60
ANEXO 05 – Formulário de justificção para aquisição de medicamentos não constantes da REMUME – São Paulo.....	63
ANEXO 06 – Formulário de solicitação de inclusão/exclusão ou substituição.....	65
ANEXO 07 - Lista de medicamentos com dispensação centralizada e suas respectivas unidades de referência.....	69
ANEXO 08 – Ficha de Queixa Técnica.....	84
ANEXO 09 - Planilhas listagem de medicamentos para descarte LOGA e ECOURBIS.....	86
ANEXO 10 - Registro de temperatura e umidade do ambiente.....	87
ANEXO 11 – Registro de temperatura da geladeira.....	88
ANEXO 12 – Planilha produtividade da farmácia.....	89

<b>PROCESSO:</b> Recebimento e verificação dos medicamentos recebidos	<b>Nº 001</b>	<b>REVISÕES:</b> <b>07/2015</b> <b>09/2016</b>
	<b>Elaborado:</b> <b>12.02.2014</b>	<b>Por:</b> <b>FARMACÊUTICO</b>
<b>EXECUTANTES:</b> Equipe da farmácia e/ou da unidade		
<b>OBJETIVO:</b> Receber, conferir e armazenar com maior agilidade e qualidade os medicamentos.		
<b>PROCEDIMENTO:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Previamente ao abastecimento, as notas fiscais são disponibilizadas no sistema GSS2;</li><li>• No ato da entrega, os medicamentos são acompanhados de nota fiscal física para que haja conferência dos dados da unidade, bem como do que está sendo entregue;</li><li>• Conferir os dados da Nota Fiscal:<ul style="list-style-type: none"><li>- Nome da Unidade de Saúde;</li><li>- Número da nota fiscal e itens se correspondem à nota presente no sistema GSS2;</li><li>- Autorizar o descarregamento;</li></ul></li><li>• Conferir na nota fiscal a quantidade de volumes e a descrição dos produtos;</li><li>• Avaliar o aspecto físico dos volumes e de seus conteúdos, quanto à integridade, violação de embalagens, a data de validade, e se há lote interditado;</li><li>• Iniciar o processo de conferência pelos itens termolábeis, os armazenando em seguida;</li><li>• A conferência é realizada conforme ordem de descarga do caminhão;</li><li>• Conferir as embalagens, abrindo pelo menos uma caixa de um produto, aleatoriamente;</li><li>• Para as caixas que vierem fracionadas, todos os itens deverão ser conferidos no momento do abastecimento;</li><li>• Datar, assinar e carimbar o canhoto da Nota Fiscal;</li><li>• Arquivar a nota fiscal e a folha de ocorrência, por 5 anos;</li><li>• Após conferência dos medicamentos, verificar se a nota física corresponde à nota do sistema, <u>antes de dar entrada na mesma</u>. Em caso de divergência, entrar em contato com a STS imediatamente;</li><li>• Para visualizar as notas no sistema GSS2 deve acessar o caminho: GSS2 → Operacional → Estoque → Outros → Entrada de material por NF, observar pelo número da nota fiscal;</li><li>• Para dar entrada no GSS2 após a conferência ir à aba estoque – outros – Entrada de materiais por NF, conferir o espelho da nota com a nota recebida e efetuar a entrada.</li><li>• Dar entrada no sistema GSS2 da quantidade real de produtos recebidos, no mesmo dia ou no máximo até 24 horas após o recebimento (na impossibilidade, avisar a STS com justificativa);</li></ul>		

- Em caso de transferências pela STS ou de outra unidade, o medicamento também deve ser avaliado quanto ao aspecto físico, validade e se não há interdição. Em seguida, caso não apresente nenhum problema, inserir no sistema GSS2.
- Para fazer transferência no GSS2 após a conferência ir à aba estoque – Operação – Entrada de Material por Transferência selecionar a unidade fornecedora e efetue a entrada, se a transferência não vier via sistema vá na aba estoque – outros – entrada de materiais.

**Obs: PARA NÃO CONFORMIDADES:**

- Sempre que houver medicamentos em desacordo com a nota fiscal, preencher Folha de Ocorrência (FO) em duas vias, que deve ser datada e assinada pelo funcionário da unidade e pelo entregador. Comunicar a Supervisão por e-mail;
- Na ocorrência de excesso de medicamento, acima da quantidade da nota fiscal, preencher Folha de Ocorrência, comunicar a Supervisão e entrar em contato com o Almoxarifado. O excesso deverá ser devolvido ao entregador junto com a F.O;
- Informar a Supervisão Técnica de Saúde as ocorrências, principalmente, os itens não entregues no abastecimento regular, para as providências cabíveis;
- Informar a Supervisão Técnica de Saúde itens que foram recebidos na entrega, com validade próxima de vencimento (menor que 45 dias). Aguardar orientação da CRS Sudeste.

**Importante:**

- Salvar em mídia ou imprimir o saldo em estoque (espelho de solicitação), que foi gerado pelo sistema GSS2 da unidade, no fim do expediente do dia de antecedência ou no início do dia da data estabelecida pelo cronograma de abastecimento, para leitura do sistema, ou seja, a geração do pedido, para eventuais consultas.

**Anexo 01:** Folha de ocorrência (FO)

**MATERIAL DE APOIO TEÓRICO:**

- Manual de estruturação de almoxarifado de medicamentos e produtos para saúde, e de boas práticas de armazenamento e distribuição. Prefeitura do Município de São Paulo Secretaria Municipal da Saúde Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada – COGest Área Temática de Assistência Farmacêutica. São Paulo, 2003. Disponível em:

[http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/ass\\_farmacutica/0004/almoxarifado.doc](http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/ass_farmacutica/0004/almoxarifado.doc)

\_\_\_\_\_  
**ELABORADO / ANALISADO**  
**(FARMACÊUTICOS)**

\_\_\_\_\_  
**APROVADO**  
**(GERENTE / ASSISTENTE TÉCNICO)**

<b>PROCESSO:</b> Transferência de medicamentos	<b>Nº 002</b>	<b>REVISÕES:</b> 07/2015 09/2016
	<b>Elaborado:</b> 12.02.2014	<b>Por:</b> FARMACÊUTICO
<b>EXECUTANTES:</b> Equipe da farmácia		
<b>OBJETIVO:</b> Evitar a falta de medicamentos nos serviços de saúde		
<b>PROCEDIMENTO:</b>		
<b>Solicitação de outra unidade:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar transferência mediante solicitação da Supervisão Técnica de Saúde e/ou Unidade de Saúde, após avaliação da <i>equipe de farmácia x farmacêutica ou gerente</i> da Unidade de Saúde.</li> </ul> <p>Caso ocorra a autorização:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Separar e conferir os produtos, com dupla conferência;</li> <li>Dar saída por transferência no sistema GSS2 (verificar corretamente a unidade de destino);</li> <li>Transferência GSS2: Estoque – Operação – Saída de Material por Transferência - Selecione a unidade fornecedora e efetue a saída;</li> <li>Encaminhar os produtos solicitados via carga com memorando (contendo lote e validade); e TID (Tramitação Interna de Documentos).</li> </ul>		
<b>Recebimento de outra unidade:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Receber os produtos e conferir junto ao memorando/TID;</li> <li>Armazenar os produtos nos seus respectivos lugares;</li> <li>Aceitar a transferência dos itens no sistema GSS2 (obs. unidade de origem);</li> <li>Arquivar o memorando/TID por 02 anos.</li> <li>Se os materiais recebidos estiverem em desacordo com o informado no GSS, informar a unidade que fez a transferência para correção (aceitar a transferência após ter ocorrido o acerto).</li> </ul>		
<b>Observação:</b> as solicitações de transferência deverão ser formalizadas por e-mail, sempre com as unidades de origem, de destino e Supervisão copiadas.		
<hr/> <b>ELABORADO / ANALISADO</b> (FARMACÊUTICO)		<hr/> <b>APROVADO</b> (GERENTE / ASSISTENTE TÉCNICO)



<b>PROCESSO:</b> Pedido de Emergência	<b>Nº 003</b>	<b>REVISÕES:</b> 07/2015 09/2016
	<b>Elaborado:</b> 12.02.2014	<b>Por:</b> FARMACÊUTICO
<b>EXECUTANTES:</b> Interlocução Assistência Farmacêutica da Supervisão Técnica de Saúde		
<b>OBJETIVO:</b> Evitar a falta de medicamentos na unidade de saúde		
<b>PROCEDIMENTO:</b>		
<b>STS Mooca/Aricanduva:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade informa a Supervisão sobre as faltas.</li> <li>• Após avaliação se o medicamento esteve em falta, ou se a unidade não foi abastecida, havendo estoque do medicamento no Almoxarifado Central, a STS preencherá a planilha de “Pedido Emergencial” para entrega na Supervisão ou Unidade de Saúde, conforme demanda, e encaminhará para a CRS Sudeste, aos cuidados da Assistência Farmacêutica.</li> <li>• A CRS Sudeste fará avaliação do pedido e se aprovado, encaminhará para o Almoxarifado, autorizando o envio e solicitando prazo, se necessário.</li> <li>• A partir de 2016, após solicitação de SMS, 4 unidades foram referenciadas para recebimento de pedido emergencial, nos casos de faltas de medicamentos, são elas: AMA/UBS Integrada Vila Carrão, AMA/UBS Integrada Vila Guarani, UBS Belenzinho e AMA/UBS Integrada Água/Rasa.</li> <li>• No recebimento, proceder conforme POP nº 001.</li> </ul>		
<hr/> <p align="center"><b>ELABORADO / ANALISADO</b> <b>(FARMACÊUTICO)</b></p>		<hr/> <p align="center"><b>APROVADO</b> <b>(GERENTE /ASSISTENTE TÉCNICO)</b></p>

<b>PROCESSO:</b> Avaliação do consumo médio mensal - CMM	<b>Nº 004</b>	<b>REVISÕES:</b> 07/2015 09/2016
	<b>Elaborado:</b> 12.02.2014	<b>Por:</b> FARMACÊUTICO
<b>EXECUTANTES:</b> Farmacêutico das unidades de saúde		
<b>OBJETIVO:</b> Otimizar a quantidade de medicamentos na unidade de saúde		
<p><b>PROCEDIMENTO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar avaliação do CMM de todos os medicamentos a cada 3 meses ou sempre que necessário.</li> <li>Emitir relatório de saída de estoque de medicamento no período de 3 meses e dividir por três, avaliando as faltas dos itens neste período;</li> <li><b>GSS: Operacional → Estoque → Outros → Relatórios → Relatório de saída por período → Digite um intervalo de data para a pesquisa → ok</b></li> <li>Considerar margem de segurança de 30%;</li> <li>Solicitar a alteração do CMM à Supervisão Técnica de Saúde/Interlocação Farmacêutica via e-mail;</li> </ul> <p><b>Obs.:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>CMM (consumo médio mensal) reflete a média de consumo mensal de um determinado produto.</li> <li>Deve-se adequar o CMM de acordo com a sazonalidade (as necessidades variam conforme as características das estações do ano), o perfil epidemiológico e sócio-demográfico da unidade de saúde (dados populacionais, morbidade e outros) e a situação de recursos humanos da Unidade (quantidade de médicos, especialidades);</li> <li>O cálculo do CMM é confiável desde que não haja desabastecimento e quanto maior o período de coleta de dados, maior a segurança dos resultados.</li> </ul> $\text{CMM} = \left( \frac{\text{mês 1} + \text{mês 2} + \text{mês 3}}{3} \right) + 30\%$		
<hr/> <b>ELABORADO / ANALISADO</b> (FARMACÊUTICO)		<hr/> <b>APROVADO</b> (GERENTE / ASSISTENTE TÉCNICO)

<b>PROCESSO:</b> Armazenamento e reposição de estoque	<b>Nº 005</b>	<b>REVISÕES:</b> 07/2015 09/2016
	<b>Elaborado:</b> 12.02.2014	<b>Por:</b> FARMACÊUTICO
<b>EXECUTANTES:</b> Equipe da farmácia		
<b>OBJETIVO:</b> Garantir a estabilidade dos medicamentos preservando suas características físicas, químicas e farmacológicas, durante seu período de vida útil.		
<p><b>PROCEDIMENTO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O ambiente deve ser mantido limpo, protegido da ação direta da luz solar, umidade e calor, de modo a preservar a identidade e integridade química, física e microbiológica dos medicamentos, garantindo a qualidade e segurança dos mesmos.</li> <li>• Os medicamentos deverão ficar afastados do piso, parede e teto, bem como distantes das lâmpadas, a fim de permitir sua fácil limpeza e inspeção.</li> <li>• Armazenar os produtos de forma a localizá-los pronta e agilmente;</li> <li>• Efetuar a reposição colocando o produto com data de validade mais próxima na frente, ou seja, na posição de saída;</li> <li>• Identificar a área de dispensação e estoque conforme DCB e em ordem alfabética. Atentar, na reposição dos bins, para o lote e validade;</li> <li>• Retirar das prateleiras os medicamentos a expirar em 30 dias – ver POP nº 019;</li> <li>• O Farmacêutico e/ou Gerente deverá efetuar baixa no sistema GSS2, passos: Gerencial → Estoque → Operação → Descarte de materiais na UBS.</li> <li>• Medicamento com validade próxima deverá ser identificado, de modo que a dispensação não comprometa o tratamento do usuário.</li> <li>• Realizar controle de validade de medicamentos mensalmente, preferencialmente após o abastecimento;</li> <li>• Identificar com etiquetas vermelhas os produtos com data de validade a expirar em 120 dias (inclusive os bins), de modo que a dispensação não comprometa o tratamento do usuário e disponibilizar para remanejamento com as respectivas quantidades, lote e validade, informando a STS via e-mail;</li> <li>• Identificar estoque com DCB, lote e validade;</li> <li>• Armazenar os medicamentos controlados em armário com chave, devidamente identificados e organizados, por lote e validade;</li> <li>• Armazenar insulina em geladeira, não deixando em prateleira próxima ao congelador e nem na porta;</li> </ul>		
<hr/> <b>ELABORADO / ANALISADO</b> <b>(FARMACÊUTICO)</b>		<hr/> <b>APROVADO</b> <b>(GERENTE / ASSISTENTE TÉCNICO)</b>

<b>PROCESSO:</b> Atendimento às prescrições (receitas)	<b>Nº 006</b>	<b>REVISÕES:</b> 07/2015 09/2016
	<b>Elaborado:</b> 12.02.2014	<b>Por:</b> FARMACÊUTICO
<b>EXECUTANTES:</b> Equipe da farmácia.		
<b>OBJETIVO:</b> Realizar dispensação de medicamentos com maior segurança e qualidade ao usuário dos serviços de saúde		
<p><b>PROCEDIMENTO:</b> <b>PORTARIA Nº 082/2015-SMS. G</b></p> <p><b>Link de acesso:</b> <a href="http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/1%20-%20PORTARIA%20N%2082-2015-SMS_G(1).pdf">http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/1%20-%20PORTARIA%20N%2082-2015-SMS_G(1).pdf</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• As prescrições devem conter: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Nome, endereço e telefone do serviço de saúde de origem;</li> <li>✓ Data de sua emissão, o nome e assinatura do prescritor, e o número de seu registro no conselho de classe correspondente (impresso ou de próprio punho);</li> <li>✓ Nome completo do paciente;</li> <li>✓ Denominação genérica do medicamento sendo vedado o uso de abreviaturas ou códigos.</li> <li>✓ Ser individual, legível, escrita à tinta, digitada ou carimbada sem rasuras e/ou emendas, indicando a forma farmacêutica, a concentração, a dose, o modo de usar e a duração do tratamento.</li> </ul> </li> <li>• Ser apresentada em uma única via, com exceção das sujeitas a controle especial e antimicrobiano que atendem à legislação específica;</li> <li>• Nas condições crônicas é facultado ao prescritor escrever na receita os dizeres “uso contínuo” ou determinar a quantidade de medicamento suficiente para o período de tratamento;</li> <li>• É vedada a prescrição de mais de um fármaco ou esquema posológico que faculte ao dispensador ou usuário uma escolha;</li> <li>• Nas unidades básicas de saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo, para fins de prescrição de medicamentos, são considerados prescritores os seguintes profissionais: médico, cirurgião dentista, nutricionista e enfermeiro;</li> <li>• As receitas contendo carimbo podem apresentar os dados do paciente e a data por escrito;</li> <li>• Será aceito metade da receita com carimbo e a outra metade manual, desde que a parte manual não contenha rasuras, caligrafias diferentes e escritas com canetas diferentes. Deve-se usar o bom senso e avaliar o padrão da receita. Caso esta deixe margem a dúvida da sua veracidade, não dispensar a</li> </ul>		

medicação e enviar comunicado ao prescritor;

### RESOLUÇÃO-RDC Nº 20/ 2011

**Link de acesso:**

[http://www.anvisa.gov.br/sngpc/Documentos2012/RDC%2020%202011.pdf?jornal=%E2%80%A6\(Acessadol](http://www.anvisa.gov.br/sngpc/Documentos2012/RDC%2020%202011.pdf?jornal=%E2%80%A6(Acessadol)

**Nota técnica sobre a RDC 20/2011:**

[http://www.anvisa.gov.br/sngpc/documentos%202013/Nota\\_Tecnica\\_RDC\\_n\\_20\\_2011\\_24\\_09\\_2013.p](http://www.anvisa.gov.br/sngpc/documentos%202013/Nota_Tecnica_RDC_n_20_2011_24_09_2013.pdf)  
[df](#)

- As receitas de antimicrobianos deveram atender todos os requisitos mencionados acima, porém serão necessárias duas vias da prescrição, sendo que a original fica com o paciente e a cópia com a farmácia;
- A receita poderá conter a prescrição de outras categorias de medicamentos desde que não sejam sujeitos a controle especial;
- Não há limitação do número de itens contendo medicamentos antimicrobianos prescritos por receita.

### PORTARIA 344/1998 - Vide POP nº 010

**Link de acesso:** [http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/portaria\\_344\\_98.pdf](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/portaria_344_98.pdf)

**Observações:**

- Nos casos em que a receita esteja em desacordo com o disposto nas Portarias *082/2015*, 20/2011 e 344/198, são corresponsáveis pela orientação ao paciente, para a resolução da irregularidade da prescrição, o prescritor, dispensador e o gerente da Unidade;
- Caso a receita não seja atendida em sua totalidade, em determinada unidade, o paciente poderá retirar os medicamentos em outra unidade, exceto medicamentos de controle especial e antibióticos.
- No caso de inconformidade na receita preencher formulário específico (comunicado ao prescritor) e anexar na receita solicitando a correção imediata antes da dispensação.

**Anexo 02:** Comunicado ao Prescritor

\_\_\_\_\_  
**ELABORADO / ANALISADO**  
**(FARMACÊUTICO)**

\_\_\_\_\_  
**APROVADO**  
**(GERENTE / ASSISTENTE TÉCNICO)**

<b>PROCESSO:</b> Validade das prescrições	<b>Nº 007</b>	<b>REVISÕES:</b> <b>07/2015</b> <b>09/2016</b>
	<b>Elaborado:</b> <b>12.02.2014</b>	<b>Por:</b> <b>FARMACÊUTICO</b>

**EXECUTANTES:** Equipe da farmácia.

**OBJETIVO:** Realizar dispensação com maior segurança e qualidade aos usuários dos serviços de saúde

**PROCEDIMENTO:**

**PORTARIA Nº 082/2015-SMS. G**

- As **receitas** terão validade de **30 (trinta) dias**, contados a partir da **data de sua emissão** para retirada do medicamento;
- Para os **medicamentos de uso contínuo**, a validade da receita será de **180 (cento e oitenta) dias corridos**. O medicamento será **dispensado a cada 30 (trinta) dias** até no máximo 180 (cento e oitenta) dias a partir da data de sua emissão; Se não expresso o termo “uso contínuo” a validade da receita será de apenas 30 dias, ou seja, apenas uma única retirada;
- A validade da receita de **contraceptivos hormonais** será de **365 (trezentos e sessenta e cinco) dias** de tratamento, a partir da data de sua emissão, desde que expressa à condição “**uso contínuo**”. Caso contrário deverá se respeitar a duração do tratamento expressa pelo prescritor não ultrapassando 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias;
- Os medicamentos **anti-hipertensivos** poderão ser prescritos para até **365 (trezentos e sessenta e cinco) dias** de tratamento para pacientes com hipertensão arterial sistêmica com **escore de Framingham** na categoria de baixo risco, ou seja, probabilidade de evento cardiovascular em 10 anos menor que 10%;

**RESOLUÇÃO-RDC Nº 20/ 2011**

- As receitas de **antimicrobianos** terão validade de **10 (dez) dias**, contados a partir de sua prescrição para retirada do medicamento;
- Em situações de **tratamento prolongado** a receita poderá ser utilizada para aquisições posteriores dentro de um período de **90 (noventa) dias** a contar da data de sua emissão, desde que a receita contenha a indicação **de uso contínuo**, com a quantidade a ser utilizada para cada 30 (trinta) dias.

**PORTARIA 344/1998 - Vide POP 10**

**Obs.:** Nos casos em que a receita estiver em desacordo com o disposto nesta Portaria, o dispensador deverá contatar o prescritor por meio do Formulário de Comunicado ao Prescritor, com nome legível e data.

<hr/> <b>ELABORADO / ANALISADO</b> <b>(FARMACÊUTICO)</b>	<hr/> <b>APROVADO</b> <b>(GERENTE / ASSISTENTE TÉCNICO)</b>
---	--

<b>PROCESSO:</b> Dispensação (entrega) de Medicamentos	<b>Nº 008</b>	<b>REVISÕES:</b> 07/2015 09/2016
	<b>Elaborado:</b> 12.02.2014	<b>Por:</b> FARMACÊUTICO
<b>EXECUTANTES:</b> Equipe da farmácia		
<b>OBJETIVO:</b> Garantir acesso aos medicamentos com qualidade, agilidade; e auxiliar as pessoas e a sociedade a utilizá-los de forma adequada.		
<b>PROCEDIMENTO:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Cordialmente, solicitar o cartão SUS e o receituário;</li><li>✓ Avaliação do receituário serve para garantir a validação da dispensação, onde deverá ser conferido:</li><li>✓ <b>Legibilidade e ausência de rasuras e emendas;</b></li><li>✓ <b>Conter identificação do serviço de saúde com nome, endereço e telefone;</b></li><li>✓ <b>Identificação do usuário;</b></li><li>✓ <b>Identificação do medicamento em Denominação Comum Brasileira (DCB), dosagem, forma farmacêutica, posologia e duração do tratamento;</b></li><li>✓ <b>Local e data de emissão;</b></li><li>✓ <b>Assinatura e identificação do prescritor com o número de registro no respectivo conselho profissional. Na falta do carimbo, o prescritor deve escrever com letra legível seu nome completo e número de inscrição do seu respectivo conselho de classe.</b></li><li>✓ <b>Estar dentro da validade.</b></li><li>✓ <b>Se todas as informações acima estiverem corretas, aviar o receituário, se não, comunicar o prescritor;</b></li></ul>		
<b>SISTEMA GSS2:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Separar os medicamentos conferindo as condições macroscópicas do produto e validade;</li><li>✓ Anotar no verso da via do paciente: identificação da unidade dispensadora, data da dispensa, quantidade dispensada do medicamento e assinatura de quem está dispensando (carimbo);</li><li>✓ Identificar a origem correta da receita (Receita da Própria Unidade; Outras Unidades – SUS/Mun. SP; Particular/Rede Privada/Convênio/Outros Municípios; Saída por Departamento; Transferência);</li><li>✓ Realizar a conferência dos itens dispensados junto ao paciente e orientar a posologia e conservação dos medicamentos;</li><li>✓ Efetuar a baixa de medicamentos no sistema GSS2, conferindo os itens digitados com suas</li></ul>		

respectivas quantidades;

- ✓ Anotar no verso da via do paciente: identificação da unidade dispensadora, data da dispensa, quantidade dispensada do medicamento e assinatura de quem está dispensando (carimbo);
- ✓ Arquivar por 02 (dois) anos as receitas de medicamentos controlados e antibióticos (**Portaria 344/98 e Resolução RDC Nº 20/ 2011**), identificando o mês e ano.

#### **OBSERVAÇÕES (PORTARIA Nº 082/2015-SMS. G)**

- ✓ Quando expreso na receita “**se dor**”, “**se febre**”, “**se náuseas**”, dentre outras, será dispensada **quantidade suficiente para 3 (três) dias** de tratamento;
- ✓ Para os medicamentos não controlados, quando **não for possível a dispensação da quantidade exata** devido à apresentação farmacêutica, **deve ser dispensada a quantidade superior mais próxima à calculada**, de maneira a promover o tratamento completo do paciente;
- ✓ A dispensa de medicamentos sujeitos a controle especial; e antimicrobianos deverá atender à legislação específica;
- ✓ É vedada a dispensa de medicamentos a menor de 14 (quatorze) anos, exceto à usuária de contraceptivos hormonais e à usuária que for mãe;
- ✓ É vedada a dispensa de medicamentos sujeitos a controle especial a menor de 18 (dezoito) anos, exceto ao emancipado.

#### **RESOLUÇÃO-RDC Nº 20/ 2011**

- ✓ Para as prescrições de antimicrobianos é necessária a retenção da 2ª (segunda) via da receita, devendo a 1ª (primeira) via ser devolvida ao paciente;
- ✓ Devem ser registrados no verso nas duas vias da receita os seguintes dados:
- ✓ Data da dispensação;
- ✓ Quantidade aviada do antimicrobiano;
- ✓ Número do lote do medicamento dispensado;
- ✓ Rubrica do farmacêutico, atestando o atendimento.

#### **ADVERTÊNCIA PARA TODOS OS TIPOS DE DISPENSAÇÃO**

- ✓ Caso alguma receita esteja ilegível, não dispensar a medicação para evitar erros na dispensação. Anexar Comunicado ao Prescritor (anexo 2);
- ✓ Está terminantemente proibido dispensar medicamentos para uso veterinário.
- ✓ Não dispensar medicamentos que não estiverem de acordo com a categoria de classe prescritora.
- ✓ Receitas médicas originárias de AMA/PS não deverão ser de uso contínuo, mesmo que o médico expresse essa condição. O medicamento é dispensado para 30 dias e o usuário é orientado a



procurar sua UBS de referência. No entanto, médicos de AMA/ UBS Integradas podem prescrever medicamentos de uso contínuo, bem como medicamentos controlados pela Portaria 344/98.

- ✓ AMAE - Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades e AME – Ambulatório Médico de Especialidades poderão prescrever uso contínuo.

\_\_\_\_\_  
**ELABORADO / ANALISADO**  
**(FARMACÊUTICO)**

\_\_\_\_\_  
**APROVADO**  
**(GERENTE / ASSISTENTE TÉCNICO)**

<b>PROCESSO:</b> Dispensação de medicamentos para administração na própria unidade	<b>Nº 009</b>	<b>REVISÕES:</b> <b>07/2015</b> <b>09/2016</b>
	<b>Elaborado:</b> <b>12.02.2014</b>	<b>Por:</b> <b>FARMACÊUTICO</b>
<b>EXECUTANTES:</b> Equipe da farmácia		
<b>OBJETIVO:</b> Garantir acesso aos medicamentos com qualidade, agilidade e auxiliar as pessoas e a sociedade a utilizá-los de forma adequada.		
<b>PROCEDIMENTO:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para os <b>medicamentos injetáveis controlados e não controlados</b> que são <b>dispensáveis pela REMUME</b> (ex. medroxiprogesterona, cianocobalamina, decanoato de haloperidol, etc.), há necessidade de receita médica, conforme Portaria 344/98 (quando cabível) e Portaria Nº 082/2015-SMS. G. O usuário retira o medicamento e pode levar para administração em local de sua preferência.</li> <li>• Para os <b>medicamentos não dispensáveis pela REMUME</b>, controlado e não controlado (ex. diclofenaco de sódio e cetoprofeno), a farmácia fará a entrega para a Equipe de Enfermagem, mediante <b>requisição interna</b>, para administração na própria unidade. Nestes casos, dar saída no GSS2 para departamento. Estoque → Operação → Saída de materiais → Saída para departamento → Enfermagem.</li> <li>• Para os medicamentos controlados da lista B, constantes da Portaria 344/98, não há necessidade da apresentação da notificação de receita, somente a receita branca;</li> <li>• Caso a Equipe de Enfermagem solicite um sub-estoque de medicamentos para manter na sala de medicação, deverá solicitar à farmácia, através de requisição interna de solicitação de medicamentos, ficando responsável, com apoio colaborativo da equipe de farmácia/farmacêutico e técnicos de farmácia na guarda, controle de estoque, armazenamento, organização e controle de validade, de todos os medicamentos, enviados pela farmácia.</li> </ul>		
<b>PRESCRIÇÃO PELA ENFERMAGEM</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A prescrição de medicamentos pela enfermagem está prevista na Lei Federal nº 7498/86, no Decreto Presidencial nº 94.406/87 e na Portaria GM/MS nº 2488/2011;</li> <li>• No âmbito do SUS as ações de prescrição pelos enfermeiros devem estar de acordo com os protocolos de enfermagem estabelecidos nos manuais da Portaria SMS.G Nº 915/2015. Disponíveis em: <a href="http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/legislacao/index.php?p=6311">http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/legislacao/index.php?p=6311</a></li> <li>• No âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo a dispensa de medicamentos será realizada exclusivamente quando a prescrição do enfermeiro for oriunda de serviços próprios (Portaria Nº 082/2015).</li> </ul>		

ANEXO 03: REQUISIÇÃO INTERNA DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

ANEXO 04: MEDICAMENTOS PRESCRITOS PELA ENFERMAGEM

\_\_\_\_\_  
**ELABORADO / ANALISADO**  
**(FARMACÊUTICO)**

\_\_\_\_\_  
**APROVADO**  
**(GERENTE / ASSISTENTE TÉCNICO)**

<b>PROCESSO:</b> Dispensação de medicamentos controlados pela Portaria 344/98	<b>Nº 010</b>	<b>REVISÕES:</b> <b>07/2015</b> <b>09/2016</b>
	<b>Elaborado:</b> <b>12.02.2014</b>	<b>Por:</b> <b>FARMACÊUTICO</b>
<b>EXECUTANTES:</b> Equipe da farmácia		
<b>OBJETIVO:</b> Garantir acesso aos medicamentos com qualidade e agilidade e auxiliar a sociedade a utilizá-los de forma adequada.		
<b>PROCEDIMENTO:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A receita branca de controle especial deverá conter duas vias, (carbonada) sendo que a 1ª via será retida pelo estabelecimento farmacêutico e a 2ª via será devolvida ao paciente, com carimbo comprovando o atendimento, contendo data, quantidade dispensada e assinatura legível do dispensador.</li> <li>• A receita deverá conter no máximo três medicamentos que pertençam à mesma lista, ou seja, medicamentos de listas diferentes devem estar em receituários diferentes;</li> <li>• A avaliação do receituário serve para garantir a validação da dispensação onde deverá ser conferido: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Legibilidade e ausência de rasuras e emendas;</li> <li>✓ Identificação do usuário com nome e endereço completo;</li> <li>✓ Identificação do medicamento em Denominação Comum Brasileira (DCB), forma farmacêutica (comprimidos, frascos, ampolas), quantidade (em algarismos arábicos e por extenso), dosagem, posologia e duração do tratamento;</li> <li>✓ Local e data de emissão;</li> <li>✓ Assinatura e identificação do prescritor com o número de registro no respectivo conselho profissional. Na falta do carimbo, o prescritor deve escrever com letra legível seu nome completo e número de inscrição do seu respectivo conselho de classe;</li> <li>✓ Identificação do usuário: nome completo, número do documento de identificação, endereço completo e telefone.</li> <li>✓ Estar na validade;</li> </ul> </li> <li>• As quantidades permitidas por receita são: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 05 (cinco) ampolas de injetáveis,</li> <li>✓ 60 (sessenta) dias de tratamento para comprimidos e frascos;</li> </ul> </li> <li>• Os anticonvulsivantes e antiparkinsonianos podem ser dispensados até 180 dias de tratamento, desde que o médico expresse essa condição;</li> <li>• Para os medicamentos de receita branca C1, serão aceitas prescrições de outros Estados, em caso de emergência, em papel não privativo do profissional ou da instituição, contendo obrigatoriamente: o diagnóstico ou CID, a justificativa do caráter emergencial do atendimento, data, inscrição no Conselho Regional e assinatura devidamente identificada. O estabelecimento que aviar ou dispensar a referida receita deverá anotar a identificação do usuário e apresentá-la à Autoridade Sanitária do Estado, Município ou Distrito Federal, dentro de 72 (setenta e duas) horas, para visto;</li> </ul>		
<b>TALIDOMIDA</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sempre que for prescrito o medicamento Talidomida, lista “C3”, o paciente deverá receber, juntamente</li> </ul>		

com o medicamento, o "Termo de Esclarecimento" bem como deverá ser preenchido e assinado um "Termo de Responsabilidade" pelo médico que prescreveu, em duas vias, devendo uma via ser encaminhada à Coordenação Estadual do Programa, conforme legislação sanitária específica em vigor e a outra permanecer no prontuário do paciente.

### NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

- Para autorização da dispensação de medicamentos a base de substâncias constantes das listas "C3" (imunossupressoras), "A3" e "B1" (psicotrópicas), serão necessários que a receita esteja acompanhada de Notificação de Receita;
- Cores da Notificação de Receita:  
Listas A3: **AMARELA**;  
Listas B1: **AZUL**;  
Listas C1: **BRANCA**
- A Notificação de Receita deverá estar preenchida de forma legível, sendo a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura;
- A Farmácia somente poderá aviar ou dispensar quando todos os itens da receita e da respectiva Notificação de Receita estiverem devidamente preenchidos.
- A Notificação de Receita será retida pela farmácia e a receita devolvida ao paciente devidamente carimbada, como comprovante do aviamento ou da dispensação.
- A Notificação de Receita não será exigida para pacientes internos, porém a dispensação se fará mediante receita branca;
- A Notificação de Receita é personalizada e intransferível, devendo conter somente uma substância;
- A notificação de receita B (azul) só poderá ser dispensada mediante o acompanhamento da receita branca em única via (COM TODOS OS CAMPOS DEVIDAMENTE PREENCHIDOS);
- Só poderão ser dispensados medicamentos da Lista B1 que sejam emitidas no estado de São Paulo;

### ORIENTAÇÕES GERAIS

- Estando a receita de acordo com a legislação, efetuar a dispensação no sistema GSS, anotando na primeira via da receita (retida pela farmácia) nome e endereço completo do portador, documento oficial com foto, telefone (se houver), cartão SUS do paciente, a quantidade fornecida, data e assinatura.
- Identificar a origem correta da receita (Receita da Própria Unidade; Outras Unidades – SUS/Mun. SP; Particular/Rede Privada/Convênio/Outros Municípios; Saída por Departamento; Transferência);
- Arquivar por 02 (dois) anos as receitas de medicamentos, identificando o mês e ano.

OBS<sup>1</sup>.: Fazer Inventário semanal de psicotrópicos.

OBS2.: a unidade "caixa" será atendida para 30 dias ( **de acordo com consentimento do usuário/paciente ou quem vier retirar o medicamento** ) e a equipe da Farmácia deverá orientar o paciente que para a próxima dispensação, a receita deverá conter a quantidade de medicamento a ser usada.

\_\_\_\_\_  
**ELABORADO / ANALISADO**  
**(FARMACÊUTICO)**

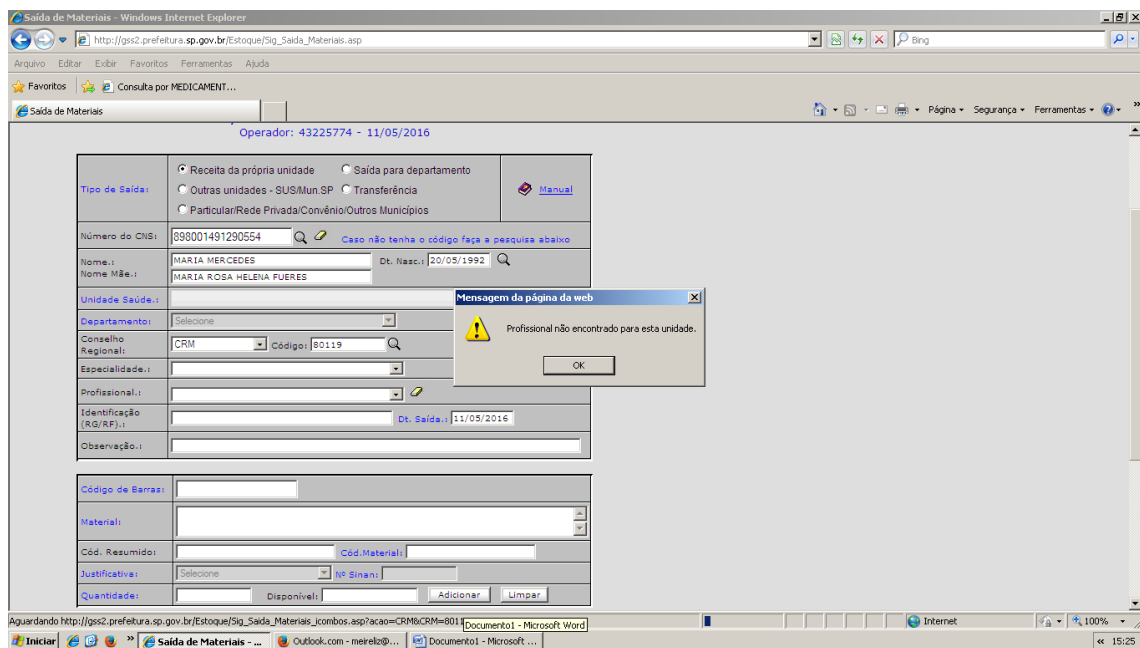
\_\_\_\_\_  
**APROVADO**  
**(GERENTE / ASSISTENTE TÉCNICO)**

<b>PROCESSO Medicamentos pertencentes às listas da Portaria 344/98: escrituração, inventário e dispensação</b>	<b>Nº 011</b>	<b>REVISÕES: 07/2015 09/2016</b>
	<b>Última Revisão: 12.02.2014</b>	<b>Por: FARMACÊUTICO</b>
<b>EXECUTANTES:</b> Equipe da farmácia		
<b>OBJETIVO:</b> controle dos medicamentos pertencentes à Portaria 344/98		
<b>PROCEDIMENTO:</b>  <b>Escrituração manual:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Lançar os medicamentos em livro específico de registro de medicamentos controlados pela portaria 344/98. O livro não é obrigatório. Caso a unidade opte por fazer, o mesmo deverá ser mantido sempre atualizado, não sendo necessário fazer abertura ou fechamento em COVISA;</li><li>• Fazer a escrituração diariamente e se não for possível não exceder o prazo máximo de sete dias.</li></ul> <b>Escrituração digital:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Acessar módulo operacional no GSS2: estoque → outros → relatórios → medicamentos controlados → escrituração de medicamentos sujeitos a controle especial → digitar o período que será escriturado/ tipo de movimento/ justificativa → consulta/ edição;</li><li>• Uma vez que o período selecionado for finalizado, não será mais possível editá-lo, como forma de garantir que os dados registrados não possam ser alterados;</li><li>• O botão de consulta e edição permite visualizar na tela todos os movimentos encontrados de acordo com os filtros preenchidos, e permite incluir observações, que serão exibidas no impresso;</li><li>• O botão [Visualizar] permite imprimir a escrituração, com todas as observações e dados registrados na dispensação;</li><li>• Ao clicar em [Finalizar Período] o sistema bloqueará qualquer edição no período informado, garantindo a preservação dos dados para eventual auditoria;</li><li>• O período de finalização deve começar no dia seguinte à última data finalizada e terminar antes do dia corrente.</li><li>• Caso as informações passadas estejam de acordo com as regras acima, o sistema confirmará o encerramento através de um pop-up.</li></ul> <b>Inventário:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar inventário semanal comparando relatório do GSS2, (livro de registro) e Estoque físico, considerando o estoque da farmácia e enfermagem;</li><li>• Na ocorrência de divergências no inventário, encaminhar as ações de correção / melhoria ao conhecimento da gerência e realizar os devidos ajustes.</li></ul>		

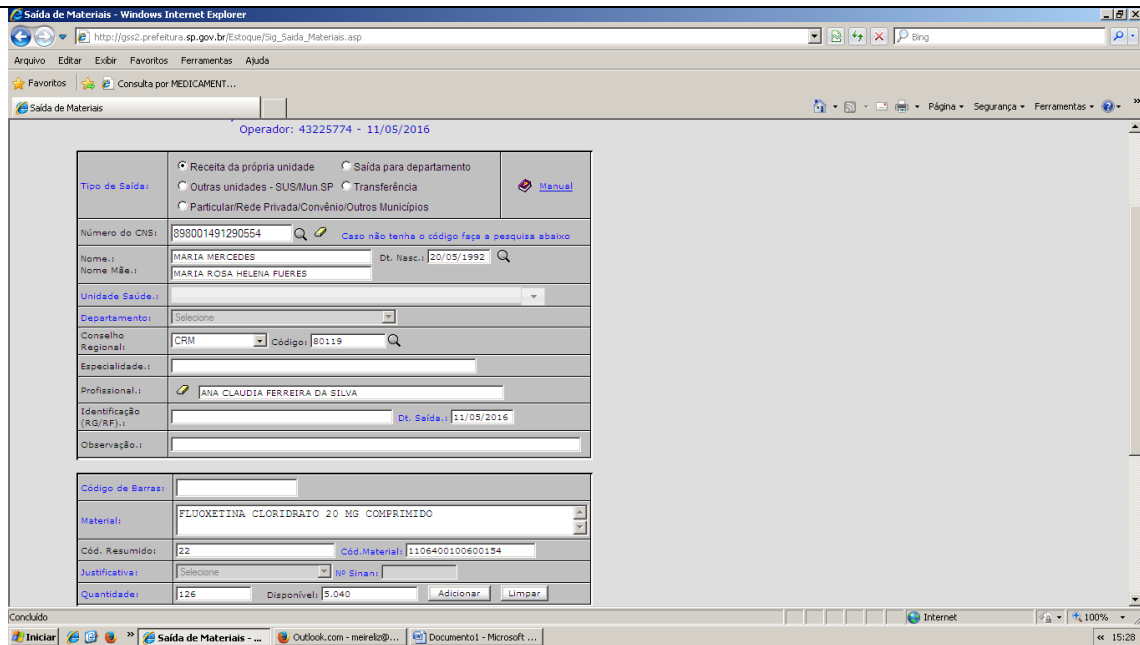
## Dispensação:

### PASSO A PASSO PARA A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS PERTENCENTE À PORTARIA 344/98: PARA MÉDICOS NÃO CADASTRADOS EM GSS

- Realizar o login em GSS e acessar OPERACIONAL.
- Acessar ESTOQUE – SAÍDA DE MATERIAL.
- Escolher o tipo de saída de acordo com a prescrição.
- Preencher o campo CNS e localizar.
- No campo CONSELHO REGIONAL localizar o tipo do profissional prescritor, e no código preencher com o número do CRM ou CRO do profissional. Após esse procedimento, clicar na lupa que existe ao lado do campo código. Caso o profissional não esteja cadastrado irá aparecer a seguinte mensagem: Profissional não encontrado para esta unidade.



- Clicar em OK.
- Preencher o campo PROFISSIONAL com o nome do prescritor.
- Preencher o campo MATERIAL com o nome do medicamento e o campo QUANTIDADE com a quantidade a ser dispensada.



Operador: 43225774 - 11/05/2016

**Tipo de Saída:**  Receita da própria unidade  Saída para departamento  
 Outras unidades - SUS/Mun.SP  Transferência  Particular/Rede Privada/Convênio/Outros Municípios [Manual](#)

Número do CNS: 898001491290554 Caso não tenha o código faça a pesquisa abaixo

Nome: MARIA MERCEDES Dt. Nasc.: 20/05/1992

Nome Mãe: MARIA ROSA HELENA FUERES

Unidade Saúde: [Selecione]

Departamento: [Selecione]

Conselho Regional: CRM Código: 80119

Especialidade: [Selecione]

Profissional: JANA CLAUDIA FERREIRA DA SILVA

Identificação (RG/RF): [Selecione] Dt. Saída: 11/05/2016

Observação: [Selecione]

Código de Barras: [Selecione]

Material: FLUOXETINA CLORIDRATO 20 MG COMPRIMIDO

Cód. Resumido: 22 Cód. Material: 1106400100600154

Justificativa: [Selecione] [M. Sinay]

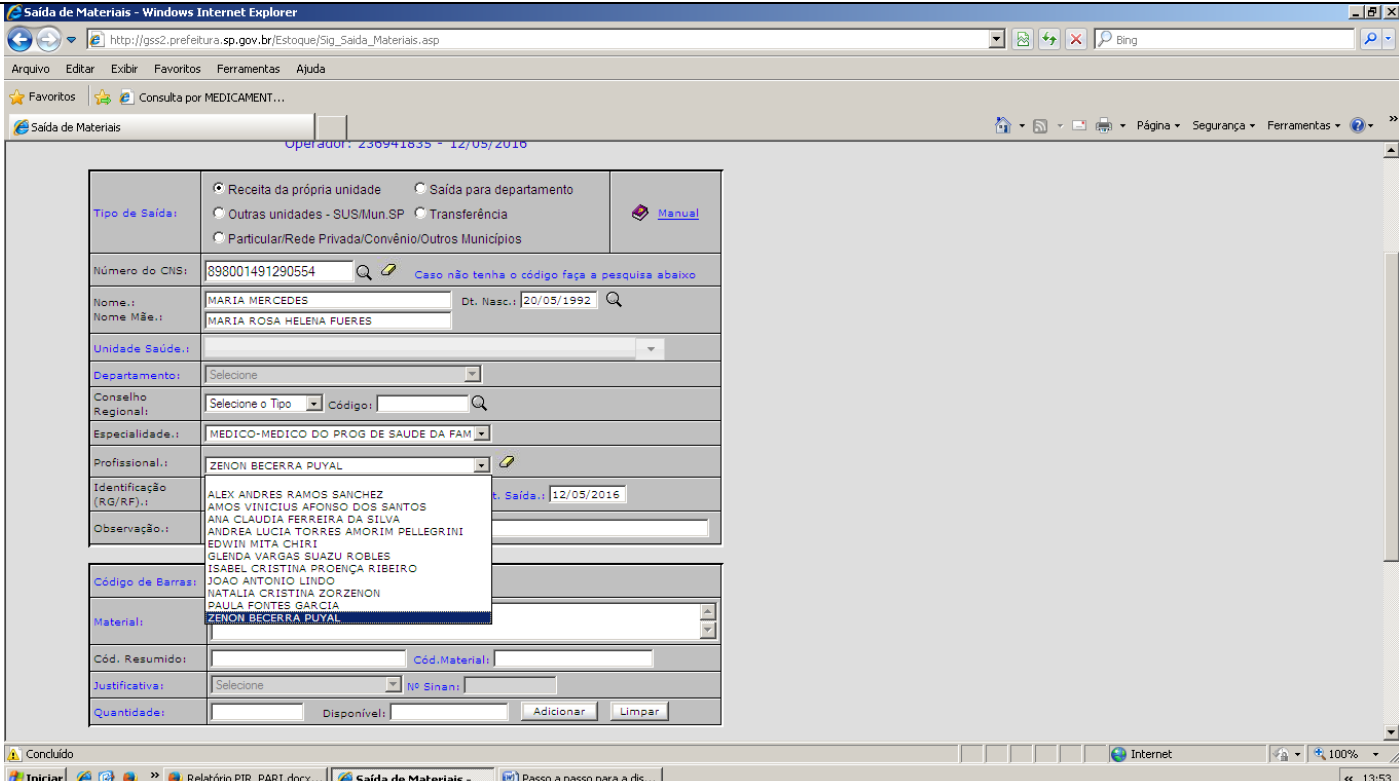
Quantidade: 126 Disponível: 5.040

- Clicar em ADICIONAR.
- Efetuar saída.

### **PARA MÉDICOS CADASTRADOS EM GSS**

- Realizar o login em GSS e acessar OPERACIONAL
- Acessar ESTOQUE – SAÍDA DE MATERIAL
- Escolher o tipo de saída de acordo com a prescrição
- Preencher o campo CNS e localizar
- No campo especialidade escolher a especialidade do prescritor
- Clicar na seta que está no campo PROFISSIONAL e localizar o prescritor





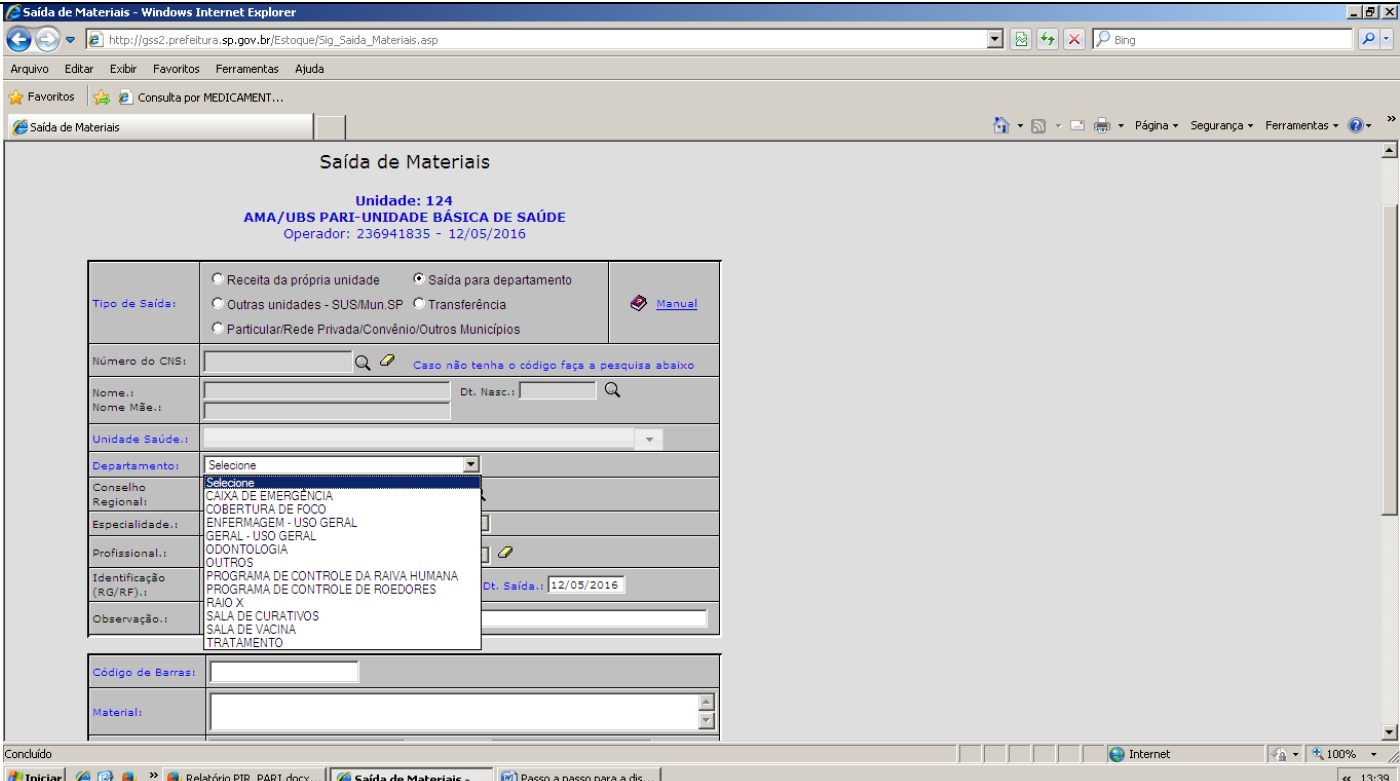
Operador: 238941835 - 12/05/2016

Tipo de Saída:	<input checked="" type="radio"/> Receita da própria unidade <input type="radio"/> Saída para departamento <input type="radio"/> Outras unidades - SUS/Mun.SP <input type="radio"/> Transferência <input type="radio"/> Particular/Rede Privada/Convênio/Outros Municípios	<a href="#">Manual</a>
Número do CNIS:	898001491290554 <small>Caso não tenha o código faça a pesquisa abaixo</small>	
Nome:	MARIA MERCEDES	Dt. Nasc.: 20/05/1992
Nome Mãe:	MARIA ROSA HELENA FUERES	
Unidade Saúde:	[Selecione]	
Departamento:	[Selecione]	
Conselho Regional:	[Selecione o Tipo]	Código: [Pesquisar]
Especialidade:	MEDICO-MEDICO DO PROG DE SAUDE DA FAM	
Profissional:	ZENON BECERRA PUYAL	
Identificação (RG/RF):	ALEX ANDRES RAMOS SANCHEZ AMOS VINICIUS AFONSO DOS SANTOS ANA CLAUDIA FERREIRA DA SILVA ANDREA LUCIA TORRES AMORIM PELLEGRINI EDWIN MITA CHIRI GLENDA VARGAS SUAZU ROBLES ISABEL CRISTINA PROENÇA RIBEIRO JOAO ANTONIO LINDO NATALIA CRISTINA ZORZENON PAULA FONTES GARCIA ZENON BECERRA PUYAL	
Observação:	[Campo em branco]	
Código de Barras:	[Campo em branco]	
Material:	[Campo em branco]	
Cód. Resumido:	[Campo em branco]	Cód. Material: [Campo em branco]
Justificativa:	[Selecione] (Nº Sinan): [Campo em branco]	
Quantidade:	[Campo em branco]	Disponível: [Campo em branco]    Adicionar    Limpar

- Preencher o campo MATERIAL com o nome do medicamento e o campo QUANTIDADE com a quantidade a ser dispensada.
- Clicar em ADICIONAR.
- Efetuar saída.

### PARA SAÍDA DE CONTROLADOS POR DEPARTAMENTO

- Realizar o login em GSS e acessar OPERACIONAL.
- Acessar ESTOQUE – SAÍDA DE MATERIAL.
- Escolher o tipo de saída – SAÍDA PARA DEPARTAMENTO.
- Escolher para que departamento deva ser feita a saída do psicotrópico.



Saída de Materiais - Windows Internet Explorer

http://gs2.prefeitura.sp.gov.br/Estoque/Sig\_Saida\_Materiais.asp

Arquivo Editar Exibir Favoritos Ferramentas Ajuda

Favoritos Consulta por MEDICAMENT...

Saída de Materiais

**Saída de Materiais**

Unidade: 124  
AMA/UBS PARI-UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
Operador: 236941835 - 12/05/2016

Tipo de Saída:  Receita da própria unidade  Saída para departamento  Outras unidades - SUS/Mun.SP  Transferência  Particular/Rede Privada/Convênio/Outros Municípios [Manual](#)

Número do CNS:  [Caso não tenha o código faça a pesquisa abaixo](#)

Nome.:  Dt. Nasc.:

Nome Mãe.:

Unidade Saúde.:

Departamento: Seleção

Conselho Regional: Seleção

Especialidade.: Seleção

Profissional.: Seleção

Identificação (RG/RF).: Seleção

Observação.: Seleção

Dt. Saída.: 12/05/2016

Código de Barras:

Material:

Concluído

Relatório PIR\_PARI.docx... Saída de Materiais - ... Passo a passo para a dis...

Internet 100% 13:39

- Só serão aceitas “saídas por departamento” para os seguintes departamentos: COBERTURA DE FOCO, MEDIC - SALA DE MEDICAÇÃO, GERAL-USO GERAL(AJUSTE DE ESTOQUE) ou CX EMERG - CAIXA DE EMERGÊNCIA

- Caso seja selecionado outro item, aparecerá uma janela com o seguinte aviso:

**“O material - DIAZEPAM 5 MG COMPRIMIDO é controlado ou antimicrobiano e só pode sair para os departamentos: COBERTURA DE FOCO, MEDIC - SALA DE MEDICAÇÃO, GERAL-USO GERAL(AJUSTE DE ESTOQUE) ou CX EMERG - CAIXA DE EMERGÊNCIA”**

- Clicar em ADICIONAR.
- Efetuar saída.

ELABORADO / ANALISADO  
(FARMACÊUTICO)

APROVADO  
(GERENTE / ASSISTENTE TÉCNICO)

<b>PROCESSO:</b> Programa Medicamento de Média Complexidade - MMC	<b>Nº 012</b>	<b>REVISÕES:</b> <b>07/2015</b> <b>09/2016</b>
	<b>Elaborado:</b> <b>12.02.2014</b>	<b>Por:</b> <b>FARMACÊUTICO</b>
<b>EXECUTANTES:</b> Equipe da farmácia		
<b>OBJETIVO:</b> Garantir acesso aos medicamentos com qualidade e agilidade e auxiliar a sociedade a utilizá-los de forma adequada.		
<b>PROCEDIMENTO:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Solicitar Cartão SUS, receituário e formulário de autorização para a 1ª retirada do medicamento;</li><li>• Verificar se a receita atende as normas de prescrição, segundo portaria vigente;</li><li>• Verificar se o formulário de solicitação apresenta os campos obrigatórios devidamente preenchidos;</li><li>• Realizar a inclusão no GSS2 do formulário de solicitação de medicamentos MMC;</li><li>• Anotar o número de autorização gerado no GSS2 no formulário e na receita;</li><li>• Realizar triagem, separação e conferência do medicamento;</li><li>• Entregar o cartão SUS e a receita ao paciente;</li><li>• Dispensar os medicamentos e orientar a posologia e tempo de tratamento ao paciente;</li><li>• Arquivar os formulários por dois anos;</li><li>• Por tratar-se de prescrição de medicamentos para doenças crônicas de uso contínuo, com a mesma receita o medicamento será dispensado a cada 30 (trinta) dias até no máximo 180 (cento e oitenta) dias de tratamento. Na receita deverá constar a observação "uso contínuo";</li><li>• As autorizações destes medicamentos têm validade indeterminada;</li><li>• O Farmacêutico deverá conhecer, divulgar e supervisionar o fluxo para os MMC (medicamentos da média complexidade);</li></ul> <p><b>PORTARIA SMS.G nº 2190/2015</b> Institui diretrizes para a dispensa de medicamentos sob condições específicas no âmbito da rede de serviços da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.</p> <p>✓ <b>Alendronato de sódio 70 mg</b> para osteopenia/osteoporose e <b>Alendronato de sódio 10 mg</b> para Doença de Paget (Portaria SMS.G nº 2190/2015);</p> <p>Formulário: <a href="http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/3%20-%20Alendronato%2010%20mg_Formulario%20dispensa_Doenca%20de%20Paget.pdf">http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/3%20-%20Alendronato%2010%20mg_Formulario%20dispensa_Doenca%20de%20Paget.pdf</a></p> <p><b>PORTARIA SMS.G nº 2086/2015</b> ✓ <b>Enoxaparina 20 mg, 40 mg e 60 mg seringa</b>, para tromboembolismo venoso - tratamento de grávidas, puérperas com trombofilia, com risco de tromboembolismo, na continuidade do tratamento ambulatorial após alta hospitalar, no Programa Mãe Paulistana e outros cuidados que requeiram a terapia farmacológica (Portaria SMS.G nº 2086/2015).</p> <p>Formulário: <a href="http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/8%20-%20FORMULaRIO%20%20%20ENOXAPARINA%20SoDICA%20para%20uso%20exclusivo%20em%20ambulatorio.pdf">http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/8%20-%20FORMULaRIO%20%20%20ENOXAPARINA%20SoDICA%20para%20uso%20exclusivo%20em%20ambulatorio.pdf</a></p>		

### PORTARIA SMS.G nº 2087/2015

- ✓ **Finasterida e doxazosina** para hiperplasia benigna da próstata, prescrita por médico urologista. A receita do medicamento doxazosina 2 mg, pode ser prescrita independente da especialidade do médico. A doxazosina tem indicação de uso em outras afecções além do alívio de sintomas na hiperplasia benigna da próstata (Portaria SMS.G nº 2087/2015).

**OBS.: NÃO HÁ FORMULÁRIO**

### PORTARIA Nº 467/2016-SMS.G

Dispensa de carbonato de cálcio na rede de serviços da Secretaria Municipal da Saúde.

- ✓ **Carbonato de cálcio 1.250 mg comprimido** (equivalente a 500 mg de cálcio), a dispensa será feita exclusivamente para as seguintes afecções:
  - ❖ Grávidas com dieta pobre em cálcio;
  - ❖ Grávidas de alto risco para pré-eclampsia;
  - ❖ Hiperfosfatemia na insuficiência renal crônica ou distúrbios do metabolismo ósseo relacionados à doença renal crônica;
  - ❖ Hipoparatiroidismo.

Formulário:

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Formulario%20para%20dispensa%20de%20carbonato%20de%20calcio.pdf>

### PORTARIA Nº 250/07 - SMS

- ✓ **Sinvastatina 10 mg, 20 mg e 40 mg** para dislipidemia.

Formulário:

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/12%20-%20Formulario%20Autorizacao%20Sinvastatina.pdf>

- Os formulários específicos estão disponíveis em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br> → secretarias → saude → redes de atenção → assistência farmacêutica → Farmacoterapêutica REMUME → **RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA DISPENSA DA REDE BÁSICA E DE ESPECIALIDADES Maio/2016.**

ELABORADO / ANALISADO  
(FARMACÊUTICO)

APROVADO  
(GERENTE / ASSISTENTE TÉCNICO)

<b>PROCESSO:</b> Medicamentos EXTRA-REMUME	<b>Nº 013</b>	<b>REVISÕES:</b> 07/2015 09/2016
	<b>Elaborado:</b> 12.02.2014	<b>Por:</b> FARMACÊUTICO
<b>EXECUTANTES:</b> Farmacêutico da unidade de saúde		
<b>OBJETIVO:</b> Divulgar, avaliar e acompanhar o fluxo das solicitações Extra-Remume.		
<p><b>PROCEDIMENTO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conferir se o medicamento prescrito está em receituário da própria unidade e se não consta na relação municipal de medicamentos essenciais – REMUME para a rede básica;</li> <li>• Verificar se o medicamento prescrito faz parte da Farmácia de Alto Custo - Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;</li> <li>• O farmacêutico, após analisar as etapas acima, deve fornecer a ficha de medicamentos Extra-REMUME para o médico da unidade, avaliando o cumprimento das exigências para estes casos, e orientar o paciente que aguarde a avaliação da SMS e o retorno deste processo – verificar anexo 3;</li> <li>• Por e-mail, enviar o processo escaneado completo para a Assistência Farmacêutica da STS (gtafaricamooca@gmail.com / rbaleao@prefeitura.sp.gov.br) receita, formulário e demais documentos que o prescritor avaliar como necessário para embasar sua solicitação, o qual será encaminhado para avaliação da CFT - Assistência Farmacêutica da SMS;</li> <li>• Garantir que o parecer elaborado pela CFT seja recebido pelo prescritor e usuário.</li> </ul> <p><b>Obs.:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviços particulares não estão autorizados a encaminhar formulário de solicitação de medicamentos Extra – REMUME.</li> <li>• O profissional farmacêutico deverá conhecer, divulgar e acompanhar o fluxo das solicitações extra-REMUME (Portaria SMS-G nº 71/2004 – anexo 3).</li> <li>• Poderão ser realizadas solicitações de inclusão / exclusão / substituição de medicamentos da REMUME em formulário padrão, disponibilizado em site da prefeitura de SP e encaminhado a CFT/AF/SMS pelo farmacêutico/gerente da Unidade de saúde, por qualquer prescritor, seja particular ou de serviço do SUS (anexo 4).</li> </ul> <p>ANEXO 05: SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXTRA – REMUME ANEXO 06: INCLUSÃO/EXCLUSÃO/SUBSTITUIÇÃO DE MEDICAMENTOS DA REMUME</p>		
<hr/> <b>ELABORADO / ANALISADO</b> <b>(FARMACÊUTICO)</b>		<hr/> <b>APROVADO</b> <b>(GERENTE / ASSISTENTE TÉCNICO)</b>

<b>PROCESSO:</b> Medicamentos Estratégicos (Doença de Notificação Compulsória)	<b>Nº 014</b>	<b>REVISÕES:</b> <b>07/2015</b> <b>09/2016</b>
	<b>Elaborado:</b> <b>12.02.2014</b>	<b>Por:</b> <b>FARMACÊUTICO</b>
<b>EXECUTANTES:</b> Equipe da farmácia		
<b>OBJETIVO:</b> Garantir acesso aos medicamentos com qualidade e agilidade e auxiliar a sociedade a utilizá-los de forma adequada.		
<b>PROCEDIMENTO:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• O médico encaminha o paciente para a Equipe de Enfermagem, para notificação no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN);</li> <li>• A equipe de Enfermagem deverá levar a receita na farmácia para a retirada dos medicamentos;</li> <li>• A Farmácia deve verificar se a receita está de acordo com a legislação vigente;</li> <li>• Efetuar a dispensação no sistema GSS, com nome e cartão SUS do paciente;</li> <li>• Para os pacientes onde a administração dos medicamentos seja supervisionada, a farmácia dispensa os medicamentos para a Equipe de Enfermagem, que se responsabiliza pelo correto armazenamento e controle do medicamento;</li> <li>• Os pacientes da rede particular, também devem ser encaminhados para a Equipe de Enfermagem, que verificará todos os dados necessários para que a dispensação ocorra;</li> <li>• O paciente, independente se é da rede pública ou particular, deverá sempre retirar medicamentos no mesmo posto onde ele retirou a primeira vez, pois será aberto um prontuário com os dados dele;</li> <li>• Pacientes particulares deverão ser avaliadas e acompanhadas pelo médico da unidade, cuja prescrição será atendida. Se optar por acompanhar com seu médico particular, deverá trazer relatório periodicamente;</li> <li>• Caso ele queira retirar em outro posto, o prontuário deverá ser transferido para a Unidade escolhida;</li> <li>• Dar saída do medicamento no cartão SUS do paciente.</li> </ul> <p><b>Tuberculose:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fornecer medicamento para 07 dias ao paciente que esteja supervisionado ou auto administrado, evitando assim que a cartela seja cortada;</li> <li>• Os medicamentos devem ser solicitados para a Assistência Farmacêutica da STS, através de e-mail com cópia da receita médica e CNS do paciente.</li> </ul> <p><b>Hanseníase:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos para tratamento da Hanseníase (kit multibacilar e paucibacilar) são entregues para a equipe de Enfermagem, com receita médica em 2 vias e código SINAN, a cada 30 dias, onde a primeira dose da cartela deve ser administrada com supervisão desta mesma equipe;</li> <li>• A talidomida (tratamento de reação Hansênica) é dispensada pelo farmacêutico (exclusivamente) para 30 dias de tratamento, o qual deverá apresentar em 2 vias a notificação de receita de talidomida, o termo de responsabilidade/ esclarecimento, a receita médica, cartão SUS e RG, os quais ficarão retidos na farmácia depois de devidamente preenchidos a 1º via da receita e o termo de esclarecimento/ responsabilidade e também a 2º via da notificação de receita de talidomida.</li> </ul>		

**Esquistossomose:**

- Praziquantel 600mg para tratamento de Esquistossomose: deverá ser solicitado via e-mail para STS Mooca/Aricanduva, contendo os seguintes dados: Nome completo, SUS, quantidade de comprimidos, nº do SINAN e receita médica escaneada;

**PORTARIA No- 204, DE 17/2016**

Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças.

[http://www.saude.rs.gov.br/upload/1470317018\\_2.%20Portaria%20204%20-%20LNC.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1470317018_2.%20Portaria%20204%20-%20LNC.pdf)

**RESOLUÇÃO SS-20/ 2006**

Atualiza a Lista das Doenças de Notificação Compulsória - DNC no Estado de São Paulo e dá outras providências.

[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/orientacoes\\_acoes\\_vig-epidemiologia\\_1254753024.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/orientacoes_acoes_vig-epidemiologia_1254753024.pdf)

**ORIENTAÇÃO PARA AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**

FLUXO DE NOTIFICAÇÃO DAS DNC

FICHA DE INFORMAÇÃO DE CASOS

[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/orientacoes\\_acoes\\_vig-epidemiologia\\_1254753024.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/orientacoes_acoes_vig-epidemiologia_1254753024.pdf)

MANUAL DO PROGRAMA DE ESQUISTOSSOMOSE DO MS 2014:

[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/11%20-%20Manual%20do%20Programa%20de%20Esquistossomose%20do%20Ministerio\\_2014.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/11%20-%20Manual%20do%20Programa%20de%20Esquistossomose%20do%20Ministerio_2014.pdf)

HANSENÍASE:

[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia\\_em\\_saude/doencas\\_e\\_agrivos/hanseniose/index.php?p=6199](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/doencas_e_agrivos/hanseniose/index.php?p=6199)

TUBERCULOSE:

[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia\\_em\\_saude/doencas\\_e\\_agrivos/tuberculose/index.php?p=6316](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/doencas_e_agrivos/tuberculose/index.php?p=6316)

ELABORADO / ANALISADO  
(FARMACÊUTICO)

APROVADO  
(GERENTE / ASSISTENTE TÉCNICO)



<b>PROCESSO:</b> Programa Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e medicamentos com dispensação em unidades de referência	<b>Nº 015</b>	<b>REVISÕES:</b> <b>07/2015</b> <b>09/2016</b>
	<b>Última Revisão:</b> <b>12.02.2014</b>	<b>Por:</b> <b>FARMACÊUTICO</b>
<b>EXECUTANTES:</b> Equipe da Farmácia		
<b>OBJETIVO:</b> Orientar o usuário e prescritor sobre o acesso a medicamentos do programa do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.		
<p><b>PROCEDIMENTO:</b></p> <p>A solicitação de medicamentos corresponde ao pleito do paciente ou seu responsável na unidade designada pelo gestor estadual. Para a solicitação dos medicamentos, o paciente ou seu responsável deve cadastrar os seguintes documentos em estabelecimentos de saúde vinculados às unidades públicas designadas pelos gestores estaduais.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – LME</b>, devidamente preenchido, de forma completa e legível, por profissional responsável pelo atendimento ao paciente interessado. Disponível no endereço eletrônico <a href="http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/839-sctie-raiz/daf-raiz/cgceaf-raiz/cgceaf/12-cgceaf/11639-lme-e-rme">http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/839-sctie-raiz/daf-raiz/cgceaf-raiz/cgceaf/12-cgceaf/11639-lme-e-rme</a></li> <li>• <b>Prescrição Médica</b>, devidamente elaborada, de forma completa e legível, por profissional responsável pelo atendimento ao paciente interessado. Em caso de medicamentos sujeitos a controle especial, deverão ser seguidas as exigências da legislação vigente. Informe-se com seu farmacêutico.</li> <li>• <b>Cópias de documentos pessoais do interessado</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cópia de documento de identidade - * Podem ser considerados documentos de identidade: carteira de identidade (RG), carteira de trabalho, carteira profissional, passaporte, carteira de identificação funcional ou outros documentos públicos que permitam sua identificação. Não será exigido para a população indígena e penitenciária</li> <li>✓ Comprovante de residência com CEP - não será exigido para a população indígena e penitenciária</li> <li>✓ Cartão Nacional de Saúde – CNS</li> </ul> </li> <li>• <b>Outros documentos exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT</b>, de acordo com o diagnóstico do paciente e medicamento solicitado, disponível no endereço eletrônico <a href="http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/840-sctie-raiz/daf-raiz/cgceaf-raiz/cgceaf/13-cgceaf/11646-pcdt">http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/840-sctie-raiz/daf-raiz/cgceaf-raiz/cgceaf/13-cgceaf/11646-pcdt</a></li> <li>• De posse de todos os documentos listados acima, o paciente ou seu representante deverá comparecer a uma Farmácia de dispensação de Medicamentos Especializados.</li> </ul> <p><b>ATENÇÃO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• É necessário providenciar um LME para cada doença do paciente;</li> <li>• Cada LME tem validade de três meses;</li> <li>• Após o terceiro mês de retirada do medicamento, caso o médico, responsável pelo atendimento ao paciente interessado, julgue necessária a continuidade do tratamento, deve ser providenciado novo LME, prescrição médica em duas vias e cópia dos exames exigidos nos PCDT;</li> <li>• O LME está sujeito à avaliação do médico auditor da Farmácia de Medicamentos Especializados, que poderá autorizar a dispensação do (s) medicamento (s) solicitado (s);</li> <li>• Esta solicitação deve ser tecnicamente avaliada por um profissional da área da saúde designado pelo gestor estadual e, quando adequada, o procedimento deve ser autorizado para posterior dispensação.</li> </ul>		

- O cadastro do paciente, avaliação, autorização, dispensação e a renovação da continuidade do tratamento são etapas de execução do CEAF, a logística operacional destas etapas é responsabilidade dos gestores estaduais. Todos os medicamentos dos Grupos 1 e 2 devem ser dispensados somente de acordo com as recomendações dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas e para as doenças (definidas pelo CID-10) contempladas no CEAF.
- O elenco de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica com doença, CID-10, medicamento e grupo está disponível no endereço eletrônico <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/16/situacoes-clinicas-ceaf-g1-g2--julho-2015.pdf>
- **Endereço das unidades:**
  - ✓ **Ambulatório Médico de Especialidades Maria Zélia** - Rua Jequitinhonha, 360, Belenzinho - CEP: 03021-040 - São Paulo - Fone: (11) 3583-1810
  - ✓ **Núcleo de Gestão Assistencial de Varzea do Carmo - São Paulo** - Rua Leopoldo Miguez, 327 - CEP: 01518-020 - São Paulo - Fone: (11) 3385-7000

### **MEDICAMENTOS COM DISPENSAÇÃO EM UNIDADES DE REFERÊNCIA**

- Alguns medicamentos seguem uma logística de distribuição por unidade de saúde, devido pouca demanda e a fim de evitar a perda por prazo de validade, foram estabelecidas Unidades Referência para Dispensação.
- As Unidades de Saúde onde seus pacientes necessitem de algum desses medicamentos podem orientá-los a ir nestas Unidades de Referência para o atendimento ou solicitar transferência para a STS.

### **ANEXO 07: LISTA DOS MEDICAMENTOS COM DISPENSAÇÃO CENTRALIZADA E SUAS RESPECTIVAS UNIDADES DE REFERÊNCIA**

\_\_\_\_\_  
**ELABORADO / ANALISADO  
(FARMACÊUTICO)**

\_\_\_\_\_  
**APROVADO  
(GERENTE / ASSISTENTE TÉCNICO)**

<b>PROCESSO:</b> Dispensação aos setores da unidade	<b>Nº 016</b>	<b>REVISÕES:</b> 07/2015 09/2016
	<b>Última Revisão:</b> 12.02.2014	<b>Por:</b> FARMACÊUTICO
<b>EXECUTANTES:</b> Equipe da farmácia		
<b>OBJETIVO:</b> Otimizar e agilizar o processo de dispensação para setores		
<p><b>PROCEDIMENTO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Receber da enfermagem formulário de solicitação por setor, assinada pelo enfermeiro responsável, conforme fluxo estabelecido na Unidade (AMA/UBS/PSF/AE/CAPS);</li> <li>• Separar e conferir material com a requisição solicitada;</li> <li>• Efetuar saída no GSS2 de material por departamento, para respectivo setor;</li> <li>• Entregar ao setor solicitante, e colher data e assinatura legível.</li> </ul> <p><b>Obs.:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A responsabilidade sobre os medicamentos que são dispensados pela Farmácia deverá ser compartilhada com a equipe de Enfermagem, de modo que o controle de estoque, armazenamento, organização e controle de validade, a fim de garantir qualidade e segurança aos medicamentos.</li> </ul>		
<hr/> <b>ELABORADO / ANALISADO</b> <b>(FARMACÊUTICO)</b>		<hr/> <b>APROVADO</b> <b>(GERENTE / ASSISTENTE TÉCNICO)</b>

<b>PROCESSO:</b> Ficha de Queixa Técnica de Desvio da Qualidade de medicamento e Farmacovigilância.	<b>Nº 017</b>	<b>REVISÕES:</b> <b>07/2015</b> <b>09/2016</b>
	<b>Última Revisão:</b> <b>12.02.2014</b>	<b>Por:</b> <b>FARMACÊUTICO</b>
<b>EXECUTANTES:</b> Farmacêutico		
<b>OBJETIVO:</b> Garantir a qualidade dos medicamentos		
<p><b>PROCEDIMENTO:</b></p> <p><b>PORTARIA Nº 1.660/ 2009</b></p> <p>Institui o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, para o monitoramento, análise e investigação dos eventos adversos e queixas técnicas relacionados aos serviços e produtos sob vigilância sanitária na fase de pós-comercialização/pós-uso.</p> <p><b>FICHA DE QUEIXA TÉCNICA DE DESVIO DE QUALIDADE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar as condições físicas ou químicas dos medicamentos que estejam dentro do prazo de validade;</li> <li>• Identificar e registrar o desvio de qualidade;</li> <li>• Segregar e identificar o lote do medicamento;</li> <li>• Realizar a saída do lote do medicamento no GSS2 (dar baixa para departamento - Outros e justificar na observação medicamento em quarentena para análise de desvio de qualidade);</li> <li>• Quando a notificação for realizada pelo profissional de Unidade Básica de Saúde do Município de São Paulo, o fluxo de encaminhamento se dará como segue: Unidade de Saúde, Supervisão Técnica de Saúde, Coordenadoria Regional de Saúde e Coordenação de Vigilância em Saúde – COVISA;</li> <li>• <b>Preencher a Ficha de Queixa Técnica de Desvio da qualidade de medicamento e enviar à STS via e-mail. Manter via original da queixa na Farmácia. Disponível em:</b></li> </ul> <p><a href="http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/ficha_notificacao_qt_1376683855.pdf">http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/ficha_notificacao_qt_1376683855.pdf</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• As notificações devem informar a denominação comum do medicamento (DCB), marca, lote, validade, fabricante, descrição do desvio de qualidade e número de unidades do medicamento que apresentam desvio de qualidade;</li> <li>• Aguardar posição da Supervisão;</li> <li>• Caso seja necessário recolher o medicamento para análise, a Vigilância Sanitária irá à unidade;</li> <li>• Toda e qualquer amostra de contraprova de medicamento armazenada nas unidades de saúde <b>só</b> podem ser descartadas mediante autorização expressa da COVISA, mesmo que se encontre vencida;</li> <li>• A Unidade de Saúde é responsável pela manutenção da qualidade e guarda das amostras de contraprova em seu poder, <b><u>devendo manter a amostra sempre na embalagem lacrada, com o respectivo lacre intacto</u></b>, conforme Termo de Colheita lavrado pela autoridade sanitária no dia da colheita efetuada;</li> <li>• Se análise da COVISA for satisfatória realizar o estorno de movimento de material no GSS2 devolver o</li> </ul>		

medicamento ao estoque da farmácia;

- Se análise da COVISA for insatisfatória, o medicamento será recolhido pelo Almoxarifado ou encaminhado para a STS.

**Obs<sup>1</sup>.**: Na ocorrência de queixa do usuário sobre o medicamento, realizar o mesmo procedimento e fazer a troca do medicamento para um lote diferente.

**OBS<sup>2</sup>.**: Preencher a ficha de Notificação de Queixa Técnica com os dados do paciente.

### **FARMACOVIGILÂNCIA (PORTARIA SMS.G Nº 347/ 2005)**

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS AOS MEDICAMENTOS Deve ser preenchida por profissional de saúde como mecanismo oficial de comunicação dos eventos ao Núcleo Técnico para o Uso Racional de Medicamentos, COVISA, e enviada - via fax 3350-6619 ou por e-mail: [smsprommed@prefeitura.sp.gov.br](mailto:smsprommed@prefeitura.sp.gov.br) - quando da suspeita da ocorrência de eventos adversos a medicamentos;

- **Disponível em:**

**[http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/legislacao/0090/Ficha Notif Med.pdf](http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/legislacao/0090/Ficha_Notif_Med.pdf)**

- **As suspeitas de RAM devem ser notificadas diretamente ao Centro de Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo – CVS, através do link: Notificação de Suspeita de Reação Adversa a Medicamento: [http://200.144.0.250/Farmaco/Notific/ficha\\_med\\_0.asp](http://200.144.0.250/Farmaco/Notific/ficha_med_0.asp)**

MANUAL PARA PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA DE REAÇÃO ADVERSA ou QUEIXA TÉCNICA DE MEDICAMENTO:

Disponível em: **[http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/man\\_farmaco\\_not\\_prof.pdf](http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/man_farmaco_not_prof.pdf)**

ANEXO 08: FICHA DE QUEIXA TÉCNICA

\_\_\_\_\_  
**ELABORADO / ANALISADO**  
**(FARMACÊUTICO)**

\_\_\_\_\_  
**APROVADO**  
**(GERENTE / ASSISTENTE TÉCNICO)**

<b>PROCESSO:</b> Estorno de movimento de medicamentos	<b>Nº 018</b>	<b>REVISÕES:</b> 07/2015 09/2016
	<b>Última Revisão:</b> 12.02.2014	<b>Por:</b> FARMACÊUTICO
<b>EXECUTANTES:</b> Farmacêutico e Gerente da unidade de Saúde		
<b>OBJETIVO:</b> Atualizar estoque GSS2 na ocorrência de erros no lançamento de medicamentos		
<b>PROCEDIMENTO:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• O responsável pela dispensação deverá anotar o código do movimento do material gerado pelo GSS2 no livro de intercorrências após erro da movimentação gerado pelo GSS2;</li> <li>• Notificar o farmacêutico e ou gerente da unidade para que o mesmo providencie o estorno do medicamento.</li> <li>• O farmacêutico ou gestor deverá acessar o GSS entrando no campo gerencial; clicar em estoque – estorno de movimento. Preencher o campo identificador do movimento. Localizar o item a ser estornado, clicar em efetuar estorno.</li> <li>• Efetuar a Baixa correta do medicamento no sistema GSS2 do item e/ou quantidade;</li> </ul>		
<b>OBS<sup>1</sup>.</b> : O estorno de movimento de materiais só poderá ser efetuado na senha gerencial.		
<b>OBS<sup>2</sup>.</b> : Só é possível estornar um item por vez. Sendo assim, se houver mais de 1 item a ser estornado, refazer este processo.		
<hr/> <b>ELABORADO / ANALISADO</b> (FARMACÊUTICO)		<hr/> <b>APROVADO</b> (GERENTE / ASSISTENTE TÉCNICO)

<b>PROCESSO:</b> Descarte de medicamentos devolvidos e/ou com prazo de validade expirada	<b>Nº 019</b>	<b>REVISÕES:</b> <b>07/2015</b> <b>09/2016</b>
	<b>Última Revisão:</b> <b>12.02.2014</b>	<b>Por:</b> <b>FARMACÊUTICO</b>
<b>EXECUTANTES:</b> Equipe da farmácia		
<b>OBJETIVO:</b> Inutilizar medicamentos de forma adequada		
<b>PROCEDIMENTO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Armazenar os medicamentos em recipiente adequado, em saco laranja com o símbolo de TOXICO, identificado como RPM (Resíduo Perigoso de Medicamento) conforme os requisitos do programa de gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde – PGRSS;</li> <li>• Preencher a planilha padrão da empresa responsável pela coleta, com os dados solicitados e discriminar as informações dos medicamentos;</li> <li>• Observar as exigências da empresa para: medicamentos devolvidos pelos pacientes, vencidos na unidade de saúde, controlados e inutilizados pela Vigilância Sanitária;</li> <li>• Informar os medicamentos a serem descartados diretamente no site da empresa responsável pela coleta do material (<b>Ecourbis ou Loga</b>);</li> <li>• Lançar no sistema GSS2 através da senha gerencial “descarte de medicamentos vencidos” e informar o número do protocolo gerado pela empresa coletora, se houver;</li> <li>• Aguardar a retirada dos medicamentos pela empresa.</li> </ul>		
<b>OBS.:</b> Medicamentos devolvidos pela população não se faz necessário realizar baixa no GSS2.		
<b>SOBRE AMOSTRA GRÁTIS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• As unidades de saúde <b>estão proibidas</b> de guardar amostra grátis nos consultórios médicos. Caso os médicos as recebam, deverão ser responsáveis pelo armazenamento, entrega e descarte;</li> <li>• A Farmácia não deverá descartar amostra grátis que o médico da unidade recebe, não importa a quantidade. Este será o único responsável pelo destino dos medicamentos;</li> <li>• Para as amostras devolvidas por pacientes, a Farmácia deverá receber e proceder ao descarte junto à AMLURB (Ecourbis ou Loga);</li> <li>• Instituições, como creches, ILPI particular (Instituição de Longa Permanência de Idoso), CDP (Centro de Detenção Provisória), Associações Filantrópicas, ONG (Organização Não Governamental), Casa de Repouso; bem como Representantes Farmacêuticos, de Indústria Farmacêutica, <b>estão proibidos</b> de deixar medicamentos para descarte, não importa a quantidade;</li> </ul>		

**Medicamentos da unidade, que estejam fora da validade e sejam controlados pela Portaria 344\98:**

- Lançar no sistema GSS2 através da senha gerencial “descarte de medicamentos vencidos”;
- Preencher a planilha “Solicitação para Inutilização de Medicamentos Controlados”, padronizada pela Vigilância Sanitária, que está disponível no endereço eletrônico [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/inut\\_prod\\_05\\_1254400847.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/inut_prod_05_1254400847.pdf);
- Enviar e-mail a SUVIS (uvismoocaarican@prefeitura.sp.gov.br) local e aguardar a visita desta para a conferência e lacre dos medicamentos informados;
- Enviar e-mail da planilha e cópia do termo de inutilização, para a empresa responsável pela coleta do medicamento (**Ecourbis ou Loga**);
- Aguardar a retirada pela empresa responsável;
- Arquivar na Farmácia cópia da “Solicitação para Inutilização de Medicamentos Controlados”, junto com Termo de Inutilização da Vigilância Sanitária e Autorização de Coleta.

OBS<sup>1</sup>: Os medicamentos controlados devolvidos pelos pacientes não necessita de lacre e termo de inutilização da vigilância sanitária.

OBS<sup>2</sup>: Manter arquivado por 2 anos a Autorização de Coleta fornecida pela empresa responsável pela coleta.

OBS<sup>3</sup>: Todos os medicamentos devolvidos pela população devem ser listados;

OBS<sup>4</sup>: As empresas responsáveis pela coleta não retiram materiais de perfumaria ou outros que não caracterizem medicamentos. O que for da unidade deve estar dentro dos medicamentos padronizados para a rede básica. O que for devolução de paciente não será questionado, como os polivitamínicos. Por este motivo, no momento de escolher o motivo da solicitação, discriminar se é da própria unidade, devolução de paciente ou inutilizado.

**Links importantes:**

Manual de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – ANVISA. **Disponível em:**

[http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/manual\\_gerenciamento\\_residuos.pdf](http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/manual_gerenciamento_residuos.pdf)

Resíduos de Serviços de Saúde – RSS.

[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/servicos/residuos\\_solidos/rss\\_saude/index.php?p=4637](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/servicos/residuos_solidos/rss_saude/index.php?p=4637)

**Loga:** Solicitação de RSS. Informações: 0800 - 770 11 11. [www.loga.com.br](http://www.loga.com.br)

**Ecourbis:** Solicitação de RSS. Informações: 0800 - 772 79 79. [www.ecourbis.com.br](http://www.ecourbis.com.br)

ANEXO 09: PLANILHAS LISTAGEM DE MEDICAMENTOS PARA DESCARTE LOGA E ECOURBIS

ELABORADO / ANALISADO  
(FARMACÊUTICO)

APROVADO  
(GERENTE / ASSISTENTE TÉCNICO)



<b>PROCESSO:</b> Inventario semestral	<b>Nº 020</b>	<b>REVISÕES:</b> <b>07/2015</b> <b>09/2016</b>
	<b>Última Revisão:</b> <b>12.02.2014</b>	<b>Por:</b> <b>FARMACÊUTICO</b>
<b>EXECUTANTES:</b> Equipe da farmácia.		
<b>OBJETIVO:</b> Manter o sistema GSS2 atualizado com o estoque físico		
<b>PROCEDIMENTO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar inventário semestral, conforme cronograma enviado pela STS;</li> <li>• Imprimir relatório de estoque de todos os itens do sistema GSS2;</li> <li>• Conferir estoque físico e acertar o sistema GSS2;</li> <li>• Imprimir relatório de estoque após contagem;</li> <li>• Arquivar os relatórios na Unidade.</li> </ul>		
<hr/> <b>ELABORADO / ANALISADO</b>  <b>(FARMACÊUTICO)</b>	<hr/> <b>APROVADO</b>  <b>(GERENTE / ASSISTENTE TÉCNICO)</b>	

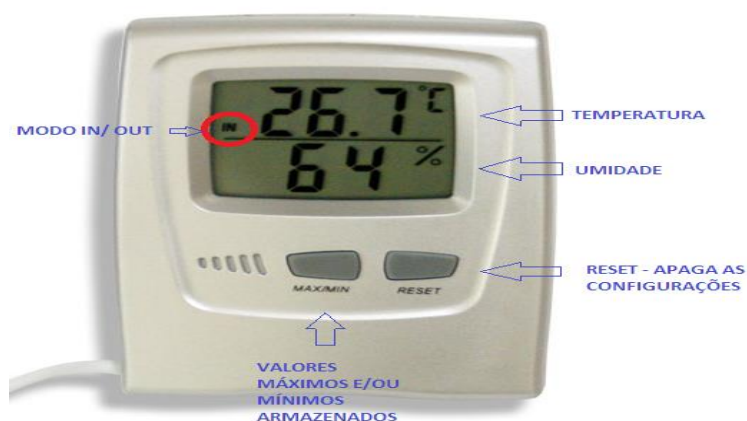
<b>PROCESSO:</b> Temperatura e Umidade da Farmácia	<b>Nº 021</b>	<b>REVISÕES:</b> <b>07/2015</b> <b>09/2016</b>
	<b>Última Revisão:</b> <b>12.02.2014</b>	<b>Por:</b> <b>FARMACÊUTICO</b>

**EXECUTANTES:** Equipe da Farmácia

**OBJETIVO:** Monitorar a temperatura e umidade da farmácia

**PROCEDIMENTO:**

- Segue abaixo o procedimento para verificar a temperatura e umidade interna e externa com funções máxima e mínima para o modelo da marca incoterm.



- Os valores que aparecem no visor indicam a temperatura e umidade atual. O visor superior mostrará a temperatura e o inferior mostrará a umidade;
- Na parte posterior do instrumento tem um botão IN/OUT, para modificar a leitura do equipamento (ambiente interno ou externo).



- No modo IN (temperatura interna onde se encontra o instrumento) pressione o botão MAX/MIN uma vez ele mostrará a temperatura máxima, duas vezes mostrará a temperatura mínima;
- No modo OUT (temperatura externa sensor na ponta do cabo), pressione botão MAX/MIN uma vez ele mostrará a temperatura máxima, duas vezes mostrará a temperatura mínima;
- Após a leitura e o registro das temperaturas, deve-se pressionar o botão “RESET”, para apagar os registros

anteriores e iniciar um novo ciclo de aferição. Aguardar por 30 minutos para nova aferição.

- A leitura deve ser feita 3 vezes ao dia, manhã (07:00hs), tarde (13:00hs) e noite (18:30hs), registrando as anotações na planilha de controle de temperatura e umidade, onde deve ser observado se os valores estão dentro do permitido.
- A umidade deve estar entre 40% e 70% e a temperatura deve estar entre 15°C e 30°C (**MANUAL DE ESTRUTURAÇÃO DE ALMOXARIFADOS DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA A SAÚDE, E DE BOAS PRÁTICAS DE ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO**). Prefeitura do Município de São Paulo Secretaria Municipal da Saúde Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada – COGest, Área Temática de Assistência Farmacêutica). Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/manualdealmojarifado.pdf>

ANEXO 10: Registro de temperatura e umidade do ambiente

\_\_\_\_\_  
**ELABORADO / ANALISADO**  
**(FARMACÊUTICO)**

\_\_\_\_\_  
**APROVADO**  
**(GERENTE / ASSISTENTE TECNICO)**

<b>PROCESSO:</b> Temperatura da geladeira	<b>Nº 022</b>	<b>REVISÕES:</b> <b>07/2015</b> <b>09/2016</b>
	<b>Última Revisão:</b> <b>12.02.2014</b>	<b>Por:</b> <b>FARMACÊUTICO</b>
<b>EXECUTANTES:</b> Equipe da Farmácia		
<b>OBJETIVO:</b> Manter a estabilidade dos medicamentos termolábeis		
<b>PROCEDIMENTO:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Segue abaixo o procedimento para verificar a temperatura interna e externa com funções máxima e mínima para o modelo da marca incoterm.</li><li>• Temperatura interna (IN): É a temperatura ambiente onde está o instrumento. Essa temperatura é medida através de um sensor embutido no instrumento é mostrada no visor superior.</li><li>• Temperatura externa (OUT) É a detectada através do sensor instalado no final do cabo do instrumento e é mostrada no visor inferior. A temperatura externa pode ser tomada, por exemplo, do lado de fora de uma janela, dentro de uma geladeira, etc.</li><li>• O termômetro deve ser fixado no lado externo da porta da geladeira, sendo introduzido o cabo extensor pelo lado de fixação das dobradiças, localizando o seu sensor (ou bulbo), de preferência, na parte central da segunda prateleira;</li><li>• O bulbo não deve ser colocado dentro de líquidos, pois a recomendação de manter a temperatura de armazenamento entre 2°C e 8°C é baseada no ar circulante e não em temperaturas de líquidos;</li><li>• O visor “OUT” corresponderá à temperatura do interior do refrigerador;</li><li>• Pressionando-se uma vez o botão surgirá a sigla MAX (máxima); pressionando-se mais uma vez, surge a sigla MIN (mínima). Ainda, pressionando-se uma terceira vez, a temperatura que surge no visor representa a temperatura do momento;</li><li>• Após a leitura e o registro das temperaturas, deve-se pressionar o botão “RESET”, para apagar os registros anteriores e iniciar um novo ciclo de aferição. Aguardar por 30 minutos para nova aferição.</li><li>• Para que o aparelho seja resetado é necessário que esteja nas siglas “MÁX” e “MÍN”;</li><li>• A leitura deve ser feita 3 vezes ao dia, manhã (07:00hs), tarde (13:00hs) e noite (18:30hs), registrando as anotações na planilha de controle de temperatura da geladeira, onde deve ser observado se os valores estão dentro do permitido.</li><li>• A temperatura deve estar entre 2°C e 8°C.</li></ul>		

ANEXO 11: Registro de temperatura da geladeira.

**MATERIAL DE APOIO**

**CUIDADOS NO ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS SOB REFRIGERAÇÃO**

[http://www.crf-pr.org.br/uploads/revista/24141/cim\\_crf\\_pr\\_2\\_2014\\_web.pdf](http://www.crf-pr.org.br/uploads/revista/24141/cim_crf_pr_2_2014_web.pdf)

**ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS**

[http://www.crf-pr.org.br/uploads/comissao/12915/6\\_Armazenamento\\_e\\_Distribuicao\\_de\\_Medicamentos.pdf](http://www.crf-pr.org.br/uploads/comissao/12915/6_Armazenamento_e_Distribuicao_de_Medicamentos.pdf)

\_\_\_\_\_  
**ELABORADO / ANALISADO**  
**(FARMACÊUTICO)**

\_\_\_\_\_  
**APROVADO**  
**(GERENTE / ASSISTENTE TECNICO)**

<b>PROCESSO:</b> Limpeza da Farmácia	<b>Nº 023</b>	<b>REVISÕES:</b> <b>07/2015</b> <b>09/2016</b>
	<b>Última Revisão:</b> <b>12.02.2014</b>	<b>Por:</b> <b>FARMACÊUTICO</b>
<b>EXECUTANTES:</b> Equipe da limpeza e equipe da Farmácia		
<b>OBJETIVO:</b> Manter o Setor da Farmácia limpo		
<b>PROCEDIMENTO:</b> <b>Profissionais da limpeza:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar limpeza diária da farmácia (piso e lixeira) e retirar o lixo;</li> <li>• Realizar limpeza terminal da farmácia, retirando materiais e medicamentos do setor (limpar paredes, janelas, piso, luminária, lixeira e equipamentos, como ventilador). Este procedimento deverá ser mensal ou sempre que necessário.</li> </ul> <p>Obs.: A equipe da farmácia deverá supervisionar a limpeza.</p> <b>Equipe da farmácia:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar limpeza dos bins, geladeira, prateleiras, mesas, computador e armário de medicamentos controlados semanalmente e sempre que necessário.</li> </ul>		
<hr/> <b>ELABORADO / ANALISADO</b> <b>(FARMACÊUTICO)</b>	<hr/> <b>APROVADO</b> <b>(GERENTE / ASSISTENTE TECNICO)</b>	

<b>PROCESSO:</b> Caderno de intercorrências	<b>Nº 024</b>	<b>REVISÕES:</b> <b>07/2015</b> <b>09/2016</b>
	<b>Última Revisão:</b> <b>12.02.2014</b>	<b>Por:</b> <b>FARMACÊUTICO</b>
<b>EXECUTANTES:</b> Equipe da farmácia.		
<b>OBJETIVO:</b> Manter informado toda a equipe de farmácia.		
<b>PROCEDIMENTO:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anotar todo e qualquer tipo de eventos, como: avisos, recados e ocorrências de maneira clara e objetiva, sempre com data e assinatura do relator;</li> <li>• A equipe da farmácia sempre que iniciar o plantão deve verificar o caderno e vistar o recado que se destina a sua responsabilidade;</li> <li>• O farmacêutico interlocutor deve realizar relatório de visitas nas Unidades de saúde sob a sua supervisão.</li> </ul>		
<hr/> <b>ELABORADO / ANALISADO</b> <b>(FARMACÊUTICO)</b>	<hr/> <b>APROVADO</b> <b>(GERENTE / ASSISTENTE TÉCNICO)</b>	

<b>PROCESSO:</b> Uso de inalador oral	<b>Nº 025</b>	<b>REVISÕES:</b> <b>07/2015</b> <b>09/2016</b>
	<b>Última Revisão:</b> <b>12.02.2014</b>	<b>Por:</b> <b>FARMACÊUTICO</b>

**EXECUTANTES:** Equipe da farmácia.

**PROCEDIMENTO:**

**Orientar as pacientes quanto ao uso do inalador oral**

- Tirar o bocal do protetor;
- Agitar o frasco;
- Posicionar corretamente o frasco com o bocal para baixo;
- Soltar todo o ar que conseguir dos pulmões;
- Dar o puff e inspirar imediatamente o pó profundamente e tentar segurar 10 segundos sem soltar o ar;
- Caso precisar dar outro puff em seguida, aguardar 30 segundos e fazer novamente o 3º e 5º item.

**Orientação sobre o uso do spray oral com espaçador**

- Tirar o bocal protetor;
- Agitar o frasco;
- Posicionar corretamente o frasco com o bocal para baixo;
- Encaixe em uma extremidade o bocal do medicamento e em outra a máscara;
- Posicionar a criança sentada com a máscara bem posicionada para evitar o escape do medicamento;
- Fazer o puff;
- Contar até 10 ou 5 respirações profundas;
- Caso precisar dar outro puff em seguida, aguardar 30 segundos e fazer novamente do 5º ao 7º item.

OBS: caso a utilização seja de corticóide oral, lavar a boca após o uso.

**HIGIENIZAÇÃO DO ESPAÇADOR:**

Pelo menos uma vez por semana desmontar o espaçador e lavar as peças com água e detergente neutro sem friccionar a esponja e deixar secar naturalmente em uma superfície limpa.

Material de apoio teórico

Dispositivos inalatórios. Disponível em:

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/AulaDispositivosInalatorios.pdf>

\_\_\_\_\_  
**ELABORADO / ANALISADO**  
**(FARMACÊUTICO)**

\_\_\_\_\_  
**APROVADO**  
**(GERENTE / ASSISTENTE TÉCNICO)**



<b>PROCESSO:</b> Planilha de controle de produtividade	<b>Nº 026</b>	<b>REVISÕES:</b> <b>07/2015</b> <b>09/2016</b>
	<b>Última Revisão:</b> <b>12.02.2014</b>	<b>Por:</b> <b>FARMACÊUTICO</b>
<b>EXECUTANTES:</b> Equipe da farmácia.		
<b>OBJETIVO:</b> Controle, anotação e verificação do fluxo de receitas atendidas.		
<b>PROCEDIMENTO:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Diariamente o técnico de farmácia deverá fazer a contagem das receitas atendidas pela Farmácia;</li><li>• No momento da contagem das receitas, separá-las nos seguintes grupos:<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Receitas AMA/UBS Integrada (própria Unidade);</li><li>✓ Receitas AMA (outras Unidades AMA);</li><li>✓ Receitas UBS (própria Unidade);</li><li>✓ Receitas SUS (serviços municipais);</li><li>✓ Receitas SUS (outros serviços);</li><li>✓ Receitas Particulares;</li><li>✓ Antimicrobianos;</li><li>✓ Controlados;</li><li>✓ Receitas Não Atendidas</li></ul></li><li>• As receitas sem segunda via serão contabilizadas em planilha diária;</li><li>• Contar e anotar a quantidade de receitas atendidas de cada grupo na planilha de controle de produtividade mensal;</li><li>• Arquivar as receitas na caixa de arquivo morto do seu respectivo mês e por ordem cronológica de data, para fácil localização de qualquer receita que possa ser solicitada para averiguação.</li></ul> <p>OBS.: Os dados da planilha de controle de produtividade do mês anterior deverão ser verificados e encaminhados até o décimo dia do mês subsequente para a Supervisão;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• O novo modelo entra em vigor dia 01/09/2016;</li><li>• A produção da Farmácia deverá ser encaminhada para a STS até dia 10 do mês seguinte;</li><li>• Se a unidade tiver que atender parcialmente uma receita, contabiliza como atendimento de UBS, AMA, SUS, Particular; se não, atender nada da receita, seja pela falta ou por ser medicamento não</li></ul>		

padronizado, entra em “Receitas não atendidas”.

ANEXO 12: PLANILHA DE PRODUTIVIDADE DA FARMÁCIA

\_\_\_\_\_  
**ELABORADO / ANALISADO**  
**(FARMACÊUTICO)**

\_\_\_\_\_  
**APROVADO**  
**(GERENTE / ASSISTENTE TÉCNICO)**

PROCESSO: Sistema GSS inoperante, falha ou falta de conectividade na rede	Nº 027	REVISÕES: 07/2015 09/2016
	Última Revisão: 12.02.2014	Por: FARMACÊUTICO
EXECUTANTES: Equipe da Farmácia		
OBJETIVO: Manter a dispensação na unidade.		
<p><b>PROCEDIMENTO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Caso haja falha ou a falta de conectividade da rede, a unidade deverá primeiramente verificar se a unidade está com lentidão em outros computadores;</li> <li>• Se for observada lentidão em outros computadores, a unidade deverá ligar na Prodam (0800 722 7677 / 0800 722 7677- opção 8) para solução do caso;</li> <li>• No caso de a Prodam constatar que o problema não é externo, unidade deverá contatar o (Técnico responsável da região) para verificar a situação;</li> <li>• Se não houver lentidão em outros computadores, verificar se o computador que está acessando o GSS consegue acessar outro site sem lentidão;</li> <li>• Se apenas o computador da Farmácia estiver com lentidão, a unidade deverá contatar o farmacêutico responsável.</li> <li>• Caso o GSS esteja lento e os computadores que abrem este sistema conseguirem acessar outros sites sem lentidão, a unidade deverá contatar o 0800 722 7677 / 0800 722 7677 - Opção 2;</li> <li>• A Farmácia deverá fazer um print da tela para ser mostrado ao técnico de informática, de forma a contribuir para a avaliação do erro;</li> <li>• Entrar em contato com a PRODAM nos telefones abaixo ou e-mail e relatar o problema. <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Suporte GSS (3397-2276/3397-2268/3397-2275/3464-6917), ou e-mail para Renato (<a href="mailto:rgmorais@prefeitura.sp.gov.br">rgmorais@prefeitura.sp.gov.br</a>);</li> </ul> </li> <li>• <b>Atender normalmente</b> as receitas de medicamentos essenciais e as receitas da portaria 344/98, anotando nome completo do paciente, cartão SUS e data de nascimento no verso da receita;</li> <li>• Atender os medicamentos sob protocolo de SMS que tiverem o número anotado na receita de autorização;</li> <li>• Em controle interno, anotar a data, CNS, Medicamento e quantidade dispensada dos medicamentos;</li> </ul>		

- Após a regularização de o sistema GSS dar baixa dos medicamentos registrados na planilha.
- Caso a unidade fique um período maior que dois dias sem sistema, enviar e-mail para Assistência Farmacêutica da Supervisão para orientação quanto à baixa dos medicamentos.
- A equipe da Farmácia deverá fazer inventário dos medicamentos.

**PORTAL SAÚDE. MANUAL GSS 2 PARA UNIDADES DE SAÚDE. Centro de Treinamento PRODAM e Secretaria Municipal de Saúde. Versão 2.3 – Agosto/2008. Disponível em:**

**[http://gss2.prefeitura.sp.gov.br/Manual\\_Unidade.pdf](http://gss2.prefeitura.sp.gov.br/Manual_Unidade.pdf)**

\_\_\_\_\_  
**ELABORADO / ANALISADO**  
**(FARMACÊUTICO)**

\_\_\_\_\_  
**APROVADO**  
**(GERENTE / ASSISTENTE TECNICO)**

<b>PROCESSO:</b> Dispensação de insumos e medicamentos do Programa de Automonitoramento Glicêmico (PAMG)	<b>Nº 028</b>	<b>REVISÕES:</b>  <b>07/2015</b> <b>09/2016</b>
	<b>Elaborado:</b> <b>09.09.2016</b>	<b>Por:</b> <b>FARMACÊUTICO</b>
<b>EXECUTANTES:</b> Equipe da farmácia.		
<b>OBJETIVO:</b> Promover a dispensação dos insumos e medicamentos referentes ao PAMG, bem como acompanhar e orientar os usuários sobre sua correta utilização e uso racional de medicamentos.		
<b>PROCEDIMENTO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O PAMG tem como objetivo, cadastrar e atender os usuários portadores de Diabetes Mellitus (DM) insulino dependentes, possibilitando o acesso de forma contínua aos insumos: tiras, lancetas e seringas que garantam o automonitoramento glicêmico (AMG), através de disponibilização de aparelhos monitores de verificação da glicemia capilar.</li> <li>▪ <b>Orientações importantes:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Para <b>portadores Não Insulino dependentes</b>, recomenda-se a realização da dosagem de glicemia capilar nas Unidades de Saúde, uma vez que não existem evidências científicas suficientes de que o Automonitoramento rotineiro seja o melhor para o controle da glicemia nestes casos.</li> <li>2. Para <b>portadores Insulino dependentes, mas que não necessitam de Automonitoramento</b>: Não devem ser cadastrados no AMG SIGA, mas devem ser disponibilizados de acordo com solicitação médica, com Saídas registradas no sistema informatizado de controle de estoques da Unidade (GSS): Seringas (50 UI ou 100 UI) e o Recipiente (3 l) para perfuro cortante, além das Insulinas NPH e Regular</li> </ol> </li> <li>▪ O programa nas unidades de saúde garante a disponibilização do aparelho monitor para dosagem de glicemia capilar e o acesso de:           <ul style="list-style-type: none"> <li>• lancetas para coleta de sangue através de punção digital;</li> <li>• tiras reagentes para determinação de glicose;</li> <li>• seringas descartáveis (0,5 ml – 50 UI) com agulha 8 X 0,3 (para crianças e adultos de baixo Índice de Massa Corpórea - IMC);</li> <li>• seringas descartáveis (1ml – 100UI) com agulha 12 X 0,3 (para adultos);</li> <li>• recipiente (3 l) para descarte de material perfuro cortante;</li> <li>• Insulinas NPH e Regular para pacientes portadores de <b>DM Insulino dependentes</b>.</li> </ul> </li> <li>▪ Neste processo, a Farmácia é responsável pela guarda das insulinas, tiras, lancetadores e recipiente perfuro cortante;</li> <li>▪ Após consulta com o médico, o usuário é encaminhado para a equipe da enfermagem para orientações sobre o manuseio do aparelho monitor, aplicação de insulina, descarte correto dos insumos, entre outros.</li> <li>▪ O usuário é cadastrado imediatamente no Programa através do SIGA SAÚDE, se for prioridade (gestante, DM I ou DM II com agravo); ou inserido na fila de espera se DM II;</li> <li>▪ Após cadastro no Programa, o paciente inicia a retirada dos insumos. Um profissional responsável – Farmácia, Almoxarifado ou Enfermagem – a partir do relatório médico, realiza baixa no SIGA SAÚDE e imprime o formulário final para que o usuário se encaminhe até a Farmácia para retirada dos insumos,</li> </ul>		

cuja baixa deverá ser feita no sistema GSS2. Para controle do usuário é entregue o formulário “CONTROLE DE DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO DE PACIENTE INSULINODEPENDENTE”, que contém a quantidade de cada insumo retirada com a respectiva data, assinatura de quem retirou e data da próxima dispensação;

- Passo a passo SIGA SAÚDE:
  - 1) Entrar no AMG -- Cadastro;
  - 2) Selecionar o usuário;
  - 3) Digitar os insumos retirados pelo usuário -- adicionar;
  - 4) Confirmar os insumos retirados;
  - 5) Selecionar a última saída;
  - 6) Solicitar impressão.
- A Farmácia mantém arquivado uma via do formulário, neste caso;
- Outra forma de controle: um profissional responsável dá baixa no SIGA SAÚDE e mantém o formulário “CONTROLE DE DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO DE PACIENTE INSULINODEPENDENTE” como controle interno de retirada de insumos, assim como entrega uma cópia para o usuário, para que ele se encaminhe até a Farmácia para a dispensação e baixa no sistema GSS2;
- O profissional farmacêutico, junto à equipe multiprofissional, deverá realizar o acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes portadores de DM, discutindo em equipe o manejo clínico mais adequado;
- Cabe à equipe da Farmácia somente a dispensação dos insumos. Prontuários AMG, busca ativa e orientação sobre o manuseio do glicosímetro e aplicação de insulina é de responsabilidade da equipe de Enfermagem.
- **Orientação quanto aos cuidados com a insulina:**

1- Os frascos de **insulinas em estoque** devem ser mantidas sob refrigeração constante, entre 2 e 8° C; porém, **a insulina não deve ser congelada.**

2- Para prevenir a irritação local, o frasco de insulina em uso pode ser mantido por até 30 dias, à temperatura ambiente, cerca de 25° C. Deve ser evitada temperatura extrema (como menos de 2o C e mais de 30o C) através da armazenagem em lugar fresco e ventilado, não exposição direta à luz solar, a proximidade de fogões, fornos e outros eletrodomésticos que emanam calor e aquecem o ambiente. A fim de prevenir a perda de potência, também deve ser evitado o contato com gelo seco, as luzes diretas do sol ou veículo não ventilado, e a excessiva agitação, congelamento e precipitação.

3- Após 30 dias de uso e estocagem a temperatura ambiente, pode ocorrer uma leve perda de potência. Se houver alterações nos níveis glicêmicos, um novo frasco deve ser utilizado. Os frascos de insulina não devem ser utilizados além da data de validade.

4-As soluções de insulinas de ação rápida (Regular) devem ser sempre límpidas. As de ação mais longa (ex. NPH) são turvas, pois estão sob a forma de suspensão. Deve-se atentar para a sua total homogeneização antes da aplicação. O frasco de insulina deve ser inspecionado em busca de mudanças, tais como congelamento, precipitação, ou mudanças na claridade ou cor que podem indicar uma perda de potência.

5- Se a insulina em uso for mantida em geladeira, deve-se retirar da geladeira 45 minutos antes do uso.

6 – Caso o médico prescreva a aplicação das duas insulinas ao mesmo tempo, o paciente deve ser orientado à aspirar primeiro a insulina regular e depois a NPH, para evitar a contaminação da regular e com isso diminuir a sua ação.

\_\_\_\_\_  
**ELABORADO / ANALISADO**  
**(FARMACÊUTICO)**

\_\_\_\_\_  
**APROVADO**  
**(GERENTE / ASSISTENTE TÉCNICO)**

## ANEXOS

ANEXO 01 – FOLHA DE OCORRÊNCIA

<b>Folha de Ocorrência / Abastecimento</b>	<b>Nº.</b>	<b>Lacre</b>	<b>Nº.</b>
Unidade:		<b>Lacre Conferido</b>	SIM NÃO


**RELACIONAR ABAIXO AS DIVERGÊNCIAS OCORRIDAS NESTE  
ABASTECIMENTO**

<b>ITENS EM FALTA</b>					
<b>Item</b>	<b>Código</b>	<b>Descrição do Material</b>			<b>Qtde.</b>
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
<b>CONFERÊNCIA ITENS FALTANTES TPC/MOTORISTA</b>			<b>CONFERÊNCIA ITENS FALTANTES UNIDADE</b>		
<b>Nome e Assinatura Motorista</b>	<b>Data Entrega</b>	<b>Hora Saída</b>	<b>Nome e assinatura recebedor</b>	<b>Data Entrega</b>	<b>Hora Chegada</b>
<b>ITENS EM SOBRA</b>					
<b>Item</b>	<b>Código</b>	<b>Descrição do Material</b>			<b>Qtde.</b>
1					
2					
3					
4					
5					
6					
<b>ENTREGA ITENS SOBRA MOTORISTA / UNIDADE</b>			<b>RECEBIMENTO SOBRA NA EMPRESA LOGÍSTICA</b>		
<b>Assinatura Unidade</b>	<b>Assinatura Motorista</b>		<b>Nome e assinatura recebedor</b>	<b>Data Entrega</b>	<b>Hora Chegada</b>
<b>PARA USO EXCLUSIVO DA UNIDADE DE ABASTECIMENTO</b>					
<i>Por favor, relate no espaço abaixo, críticas, sugestões, reclamações ou quaisquer outras observações</i>					




<b>PROTOCOLO DE RECEBIMENTO ABASTECIMENTO</b>				<b>ATENDIMENTO FOLHA DE OCORRÊNCIA</b>	
<b>Nome, carimbo e RF do Recebedor</b>	<b>Data Entrega</b>	<b>Hora Chegada</b>	<b>Hora Saída</b>	<b>Nome, carimbo e RF do Recebedor</b>	<b>Data Entrega</b>
<b>PARA USO ESCLUSIVO DA SMS – CENTRAL DE ABASTECIMENTO</b>					
<b>CONTROLE</b>		<b>OCORRÊNCIA</b>		<b>RESOLUÇÃO OCORRÊNCIA</b>	
<b>Data</b>	<b>Assinatura</b>	<b>Data</b>	<b>Assinatura</b>	<b>Data</b>	<b>Assinatura</b>

ANEXO 02 – COMUNICADO AO PRESCRITOR

 <b>FORMULÁRIO DE COMUNICADO AO PRESCRITOR</b>	
<b>Unidade:</b>	
<b>Endereço:</b>	
<b>Prezado(a) prescriptor(a):</b>	
<i>Esta receita está em desacordo com a <b>Portaria SMS.G 082/2015</b>, a <b>Portaria SVS-MS 344/98</b> e a <b>RDC Anvisa 20/2011</b>,. Pedimos a gentileza de considerar as observações assinaladas abaixo:</i>	
Data de emissão.....	<input type="checkbox"/>
Dosagem ou Concentração.....	<input type="checkbox"/>
Duração do tratamento.....	<input type="checkbox"/>
Endereço do paciente (Portaria 344/98) .....	<input type="checkbox"/>
Forma farmacêutica.....	<input type="checkbox"/>
Identificação da Unidade emitente.....	<input type="checkbox"/>
Identificação do prescriptor.....	<input type="checkbox"/>
Ilegível.....	<input type="checkbox"/>
Medicamento não consta na Remume.....	<input type="checkbox"/>
Medicamento sob protocolo (Port. SMG. 250/07).....	<input type="checkbox"/>
Não consta denominação genérica.....	<input type="checkbox"/>
Notificação desacompanhada de receita (Port. 344/98).	<input type="checkbox"/>
Posologia.....	<input type="checkbox"/>
Rasura.....	<input type="checkbox"/>
Receita em 2 vias.....	<input type="checkbox"/>
Validade da receita expirada.....	<input type="checkbox"/>
Obs: _____	
_____	
Dispensador: _____ Data: ____/____/____	

ANEXO 03– REQUISIÇÃO INTERNA DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

 PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE COORDENAÇÃO SUDESTE SUPERVISÃO ARICANDUVA/MOOCA  <b>REQUISIÇÃO INTERNA DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS</b>		
UNIDADE:		
SETOR:		DATA:
ITEM	QUANTIDADE SOLICITADA	QUANTIDADE ATENDIDA
SOLICITANTE:		
DISPENSADOR:		DATA:

ANEXO 04: LISTA DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS PELOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA



**LISTA DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS PELOS  
ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA –  
Dezembro de 2015**

Conforme Lei 7498, a enfermagem prescreve mediante protocolos institucionais, em nosso caso (SUS) nas três esferas de governo.

<b>SAÚDE DO ADULTO</b>		
<b>ANTI-HIPERTENSIVOS</b> (Prescrição válida por 180 dias)	Diuréticos	Espironolactona 25mg ou 100mg cp Furosemida 40mg cp Hidroclorotiazida 25mg cp
	Inibidores adrenérgicos de ação central	Metildopa 250mg cp
	Betabloqueadores:	Atenolol 50mg cp Propranolol 40mg cp
	Inibidores da enzima conversora da Angiotensina	Captopril 25mg cp Enalapril 5mg ou 20mg cp
	Bloqueadores do canal de Cálcio:	Anlodipino 5mg cp Nifedipino 20mg cp
	Antagonistas angiotensina II	Losartana 50mg cp
<b>ANTIDIABÉTICOS ORAIS</b> (Prescrição válida por 180 dias)	Glibenclamida 5mg cp Gliclazida 30mg cp Metformina 500mg ou 850mg cp	

<b>PARASIToses</b>	Permetrina 5% (Creme ou Loção) Permetrina 1% (Loção capilar) Ivermectina 6 mg (Alta Vulnerabilidade) Albendazol 400mg cp Metronidazol 250mg cp
<b>SAÚDE DA MULHER</b>	
<b>PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO</b>	Acido Fólico 5mg cp Sulfato ferroso 40mg cp Dimenidrinato 25mg/mL + Cloridrato de Piridoxina 5mg/mL Sol. Oral Escopolamina 10mg/mL Sol. Oral Cetoconazol 2% creme Nistatina oral 100.000 UI/ml
<b>TRATAMENTO SINDRÔMICO</b>	Metronidazol Creme Metronidazol 250mg cp Tinidazol 500mg cp Nitrato de Miconazol 2% Creme Fluconazol 150 mg
<b>CONTRACEPTIVO DE EMERGÊNCIA</b>	Levonorgestrel 0,75mg cp
<b>CONTRACEPTIVOS ORAIS COMBINADOS</b> (Prescrição válida por 30 dias não renováveis)	Levonorgestrel 0,15mg+Etinilestradiol 0,03mg Noretisterona 0,35 mg cp cartela

<b>SAÚDE DA CRIANÇA</b>	
<b>PROFILÁTICO</b>	Vitamina A+D Gotas Sulfato Ferroso 25mg/mL Gotas Creme de Óxido de Zinco + Vitamina A+D Pomada Óleo Mineral
<b>TERAPIA INALATÓRIA</b>	Soro Fisiológico 0,9%
<b>PARASITOSSES</b>	Permetrina 5% (Creme ou Loção) Permetrina 1% (Loção capilar) Mebendazol 20mg/mL Susp. Oral Albendazol 400mg cp Albendazol 40mg/ml Susp. Oral Metronidazol 250 mg
<b>TRO</b>	Sais para Reidratação Oral
<b>ANTI-FÚNGICOS</b>	Miconazol 2% Creme Cetoconazol 20mg/g Creme Nistatina 100.000UI/mL Susp. Oral
<b>ANTI-TÉRMICOS ANALGÉSICO</b>	Ibuprofeno 50 mg Susp. Oral Paracetamol 200mg/ml Sol. Oral Dipirona 500mg/ml Sol. Oral
<b>CONTRACEPTIVO DE EMERGÊNCIA</b>	Levonorgestrel 0,75mg cp

<b>SAÚDE DA PESSOA IDOSA</b>	
<b>PROFILÁTICO</b> (Prescrição válida por 30 dias)	Creme de Óxido de Zinco Vitamina A+D Pomada

**Atenção:** Os medicamentos podem ter sua concentração alterada pela REMUME e, estes, tem equivalência sobre os registrados nos manuais de 2015.

ANEXO 05 – FORMULÁRIO DE JUSTIFICAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS NÃO CONSTANTES DA REMUME – SÃO PAULO



FORMULÁRIO DE JUSTIFICAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE  
MEDICAMENTOS NÃO CONSTANTES DA REMUME – SÃO PAULO

**DECLARAÇÃO**

O médico declara estar ciente de que a solicitação extra-Remume é exclusiva para atender pacientes registrados e acompanhados em Unidade de Saúde da Rede Municipal de São Paulo e que é o médico assistente do paciente desde...../...../.....(dia/mês/ano), assumindo total responsabilidade pela prescrição do medicamento requerido nesta solicitação extra-Remume, de acordo com a Portaria SMS.G nº 71/2004.

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Carimbo com nome e CRM do médico solicitante

A solicitação extra-Remume será avaliada pela Comissão Farmacoterapêutica segundo os critérios da medicina baseada em evidências e da condição clínica do paciente. O médico solicitante poderá ser contactado quando esclarecimentos se fizerem necessários, por isso é indispensável que seja informado o seu telefone e e-mail (vide Notas ao final).

Nome do paciente: \_\_\_\_\_  
Sexo: M ( ) F ( ) Idade: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ kg Altura: \_\_\_\_\_ m  
Nº do Prontuário na Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Unidade de Saúde – Rede Municipal : \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

Tipo de Unidade: Hospital ( ) CAPS ( ) AMA Espec. ( ) Amb. Espec. ( ) U.B.S. ( )  
CRS/STS/ Hospital: \_\_\_\_\_

Medicamento (Denominação Comum Brasileira): \_\_\_\_\_

Nome comercial: \_\_\_\_\_

Forma farmacêutica: \_\_\_\_\_ Concentração: \_\_\_\_\_

Posologia: \_\_\_\_\_

Período de tratamento: \_\_\_\_\_

**Razões terapêuticas para a aquisição de produto farmacêutico acompanhadas de informação detalhada:**

1. Descrever a história clínica:
2. Diagnósticos (CID-10) incluindo os de comorbidades:
3. Exames de laboratório:
4. Tratamentos realizados, incluindo os relativos à(s) doença(s) principal (ais):
5. Plano terapêutico proposto (farmacológico e não farmacológico):

6. Outras informações consideradas necessárias:

**Nota 1 - Ambulatórios Especialidades /AMA Especialidades/UBS:**

Formulário totalmente preenchido pelo prescritor/ Farmácia ou Gerente da unidade/ Assessoria técnica de medicamentos e Coordenador da Saúde/ e encaminhar à CFT-SMS. A aquisição deverá ocorrer somente após o parecer favorável da CFT-SMS.

Nome do médico solicitante: ..... CRM: .....

Data e Assinatura: ..... Telefone para contato: .....

E-mail: .....

Nome do Diretor da unidade: ..... CRM ou outro: .....

Data e Assinatura: .....

Nome do farmacêutico: ..... CRF: .....

Data e Assinatura: .....

**Nota 2 - Hospitais/PS:** Fluxo: Formulário totalmente preenchido pelo prescritor/ Chefe imediato da área técnica/ Responsável da farmácia/Diretor da unidade/ e encaminhar à CFT-SMS no prazo máximo de 48 horas.

Nome do médico solicitante: ..... CRM: .....

Data e Assinatura: ..... Telefone para contato: .....

E-mail: .....

Nome do chefe imediato da área técnica: ..... CRM ou outro: .....

Data e Assinatura: .....

Nome do responsável da Farmácia: ..... CRF : .....

Data e Assinatura: .....

Nome do Diretor da unidade: ..... CRM: .....

Data e Assinatura: .....

**Nota 3** - Os medicamentos não constantes da REMUME - São Paulo poderão ser adquiridos para um determinado tratamento do paciente e não poderão ser mantidos em estoques.



ANEXO 06 – FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO OU SUBSTITUIÇÃO



Prefeitura do Município de **São Paulo**  
Secretaria Municipal da **Saúde**  
Comissão Farmacoterapêutica - CFT

Solicitação de inclusão, exclusão ou substituição de medicamentos na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME – SP)

INCLUSÃO     EXCLUSÃO     SUBSTITUIÇÃO

1- Nome genérico do medicamento:

2- Nomes comerciais:

3- Designar as formas farmacêuticas que você deseja que sejam incluídas /excluídas:

1. Comprimidos     Cápsula     Ampola     Susp. Oral

Solução Oral     Pomada     Creme     Supositório

4-Indicações terapêuticas sugeridas:

---

---

---

---

Classe terapêutica (verificar ATC):

---

---

5- Em caso de inclusão indique:

Dose p/ Adulto:

Dose Pediátrica:

Duração do tratamento:

6- Razões terapêuticas para a inclusão, exclusão ou substituição do medicamento proposto:

---

Obs. No caso de existirem na REMUME alternativas para a mesma indicação terapêutica, justifique as vantagens da substituição.

**7- Indique as contra-indicações, precauções e toxicidade relacionadas com o uso do medicamento:**

---

---

---

**8- Em caso de exclusão indique que outros medicamentos existentes na REMUME podem substituí-lo e, em caso de inclusão, que outros medicamentos poderá substituir o que está sendo proposto e por qual motivo:**

---

---

---

**9- Listar e enviar cópias de três estudos conforme a melhor evidência científica disponível que fundamente a eficácia/efetividade do fármaco.**

a- \_\_\_\_\_

(Autor principal, título do artigo, revista, vol. e pág., ano)

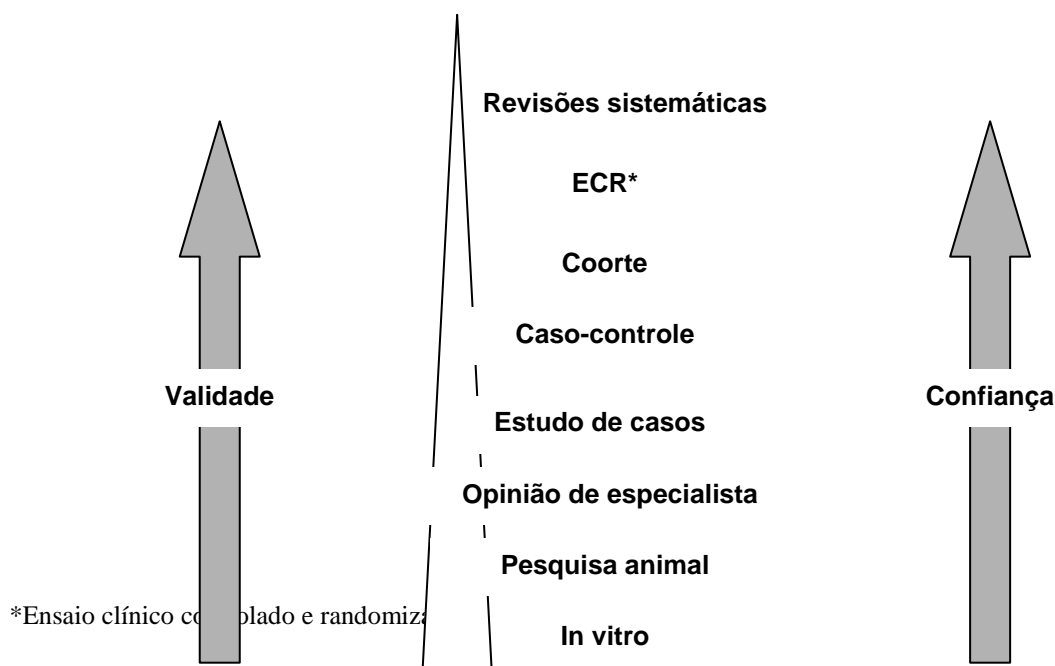
b- \_\_\_\_\_

(Autor principal, título do artigo, revista, vol. e pág., ano)

c- \_\_\_\_\_

(Autor principal, título do artigo, revista, vol. e pág., ano)

### Hierarquia das evidências



#### 10- Indique a que nível será utilizado este medicamento:

Unidade Básica  Ambulatório de Especial  Centro de Refer.  Hospital  PSocorro/PA  Hosp.Dia  Outro

#### 11- Outras informações:

- O medicamento proposto pertence à 14ª última Lista da OMS? SIM  NÃO

<http://www.who.int/medicines/organization/par/formulary.shtml>

- O medicamento está disponível no mercado nacional? SIM  NÃO

(ANVISA: [http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/banco\\_med.htm](http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/banco_med.htm), AbcFarma ou Kairos, Consulta

Remédios: <http://www.consultaremedios.com.br>)

- Esta incluído na lista da RENAME (Relação Nacional de Medic. Essenciais)?

<http://www.opas.org.br/medicamentos/index.cfm?ent=1&carregar=1> SIM  NÃO

- Está registrado sob a forma GENÉRICO? [http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/banco\\_med.htm](http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/banco_med.htm) SIM  NÃO

- Existe mais de um produtor do medicamento? (site anterior) SIM  NÃO

- Quais?

- Custo diário médio do tratamento (comparado) ABCFarma / Consulta de Remédios

<http://www.consultaremedios.com.br/> Custo: \_\_\_\_\_ R\$/Dia

*Apoio à pesquisa de estudos de evidência clínica:*

- *Cochrane* <http://www.cochrane.org/> ;
- *Bandolier – Evidence-based health care* <http://www.ebandolier.com/>
- *Australian Prescriber* <http://www.australianprescriber.com/>
- *Trip Database* <http://www.tripdatabase.com/index2.cfm>
- *Therapeutics Initiative-Evidence-based Drug Therapy* : <http://www.ti.ubc.ca/>
- *Netting the Evidence* <http://www.shef.ac.uk/~scharr/ir/netting/net.html>
- *Evidence Based Medicine (EBM)* <http://www.infodoctor.org/rafabravo/mbe.htm>

*Consensos nacionais ou internacionais NIH (National Institute of Health-EUA)*

<http://www.guidelines.gov/index.asp> / <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/index.htm> e *Diretrizes da Associação Médica Brasileira* <http://amb.connectmed.com.br/site/index.php3>

*Outras fontes de informação:*

*BNF 44ed. Setembro 2002:* <http://www.bnf.org/>

*Medline:* <http://www.ncbi.nih.gov/pubmed>

FDA: <http://www.fda.gov/>

Medscape DrugInfo : <http://www.medscape.com/>

Solicitante:

Cargo:

Instituição:

Fone contato:

**OBS: Apenas serão analisadas as propostas preenchidas integralmente e com dados suficientes para análise. Cada ficha deve corresponder a apenas um produto (princípio ativo). Nos casos de propostas de substituição, referir claramente o produto que se pretende ver substituído.**

ANEXO 07: LISTA DOS MEDICAMENTOS COM DISPENSAÇÃO CENTRALIZADA E SUAS RESPECTIVAS UNIDADES DE REFERÊNCIA

SUPERVISÃO TÉCNICA ARICANDUVA MOOCA						
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - OUTUBRO 2016						
UNIDADE	GERAL	PROGRAMA TUBERCULOSE/HANSEN	ASMA	TABAGISMO	MEDICAMENTOS PARA DOENÇA DE PARKINSON	CIRURGIA BARIÁTRICA
AE MOOCA - ITALO DOMINGOS LE VOCCI	VALERIANA OFFICINALIS comp	TALIDOMIDA - (somente para HANSEN) Prescrições de Talidomida para outras doenças devem ser encaminhadas para o Várzea do Carmo	FORMOTEROL 6 MCG + BUDESONIDA 200 MCG PO EM CAPSULA PARA INALACAO COM INALADOR		LEVODOPA+BENSER AZIDA 100/25MG DISPERSÍVEL	
	HARPAGOPHYTUM PROCUMBENS (GARRA DO DIABO)	DAPSONA 100 MG + RIFAMPICINA 300 MG COMPRIMIDOS (PAUCIBACILAR)	FORMOTEROL 12 MCG + BUDESONIDA 400 MCG PO EM CAPSULA PARA INALACAO COM INALADOR		LEVODOPA+BENSER AZIDA 100/25MG	
	MAYTENUS ILICIFOLIA (ESPINHEIRA SANTA)	CLOFAZ 100 MG + CLOFAZ 50 MG + RIFAMP 300 MG + DAPSONA 100 MG (MULTIBACILAR)			LEVODOPA+BENSER AZIDA 200/50MG	
	DEXTRANO 0,1%+HIPROMELOSE 0,3%col.	CREME URÉIA ORAL 100 MG/G (10%) EM BASE NÃO OLEOSA POTE 50 MG			LEVODOPA+BENSER AZIDA 100/25MG BD	
	DEXAMETASONA 0,1% col.				LEVODOPA+CARBIDOPA 250/25MG	
	BRIMONIDINA 0,2% col.					
	TIMILOL 0,5% col.					
	CLOLANF.+RETINOL+AMINOÁCIDOS+METIONINA pomada oftal.					
	TOBRAMICINA 0,3% col.					
	PILOCARPINA 2% col.					
	DOXASOZINA 2mg comp.					
	FINASTERIDA 5mg comp.					
	CLOLANFENICOL 5 MG/G + RETINOL ACETATO 10.000UI/G + AMINOACIDOS 25 MG/G + METIONINA 5 MG/G POMADA OFTALMICA BISNAGA 3,5G					
	FENILEFRINA SOL OFTALM.					
	ATROPINA COLÍRIO					
	CICLOPENTOLATO COLÍRIO					
	FLUORESCÉINA COLÍRIO					
TROPICAMIDA						
PROXIMETACAÍNA COLÍRIO						

SUPERVISÃO TÉCNICA ARICANDUVA MOOCA						
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - OUTUBRO 2016						
UNIDADE	GERAL	PROGRAMA TUBERCULOSE/HANSEN	ASMA	TABAGISMO	MEDICAMENTOS PARA DOENÇA DE PARKINSON	CIRURGIA BARIÁTRICA
AMA DO HOSP MUN IGNACIO PROENÇA DE GOUVEA	ENOXAPARINA 100MG/ML-0,2ML	RIFAMPICINA 2% SOL.ORAL (Hosp. Ignácio / Hosp. Tatuapé)				
		PIRAZINAMIDA 30 MG/ML (3%) SOLUCAO ORAL (Hosp. Ignácio/Hosp. Tatuapé)				
	ENOXAPARINA 100MG/ML-0,4ML	Rifamp.(150 mg) + Isoniaz.(75 mg) + Pirazin. (400 mg) + Etamb. (275 mg) - (Hosp. Ignácio/ Hosp. Tatuapé)				
		Rifamp. (150 mg) + Isoniaz. (100 mg) - (Hosp. Ignácio/Hosp. Tatuapé)				
	ENOXAPARINA 100MG/ML-0,6ML					
	CLORANFENICOL 5 MG/G + RETINOL ACETATO 10.000UI/G + AMINOACIDOS 25 MG/G + METIONINA 5 MG/G POMADA OFTALMICA BISNAGA 3,5G					
	SIMETICONA GOTAS					

SUPERVISÃO TÉCNICA ARICANDUVA MOOCA						
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - OUTUBRO 2016						
UNIDADE	GERAL	PROGRAMA TUBERCULOSE/HANSEN	ASMA	TABAGISMO	MEDICAMENTOS PARA DOENÇA DE PARKINSON	CIRURGIA BARIÁTRICA
AMA/UBS PARI	ÁCIDO FOLÍNICO	Rifamp. (150 mg) + Isoniaz. (100 mg)		NICOTINA 7 MG ADESIVO TRANSDERMICO		
	ENOXAPARINA 100MG/ML-0,2ML	Rifamp.(150 mg) + Isoniaz.(75 mg) + Pirazin. (400 mg) + Etamb. (275 mg)		NICOTINA 14 MG ADESIVO TRANSDERMICO		
	ENOXAPARINA 100MG/ML-0,4ML	ISONIAZIDA 100 MG COMPRIMIDO		NICOTINA 21 MG ADESIVO TRANSDERMICO		
	ENOXAPARINA 100MG/ML-0,6ML			NICOTINA 2 MG GOMA DE MASCAR		
	PIRIMETAMINA 25 MG COMPRIMIDO			BUPROPIONA		
	CLORANFENICOL 5 MG/G + RETINOL ACETATO 10.000UI/G + AMINOACIDOS 25 MG/G + METIONINA 5 MG/G POMADA OFTALMICA BISNAGA 3,5G					
	SULFADIAZINA 500 MG COMPRIMIDO					
	VALERIANA OFFICINALIS comp					

SUPERVISÃO TÉCNICA ARICANDUVA MOOCA						
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - OUTUBRO 2016						
UNIDADE	GERAL	PROGRAMA TUBERCULOSE/HANSEN	ASMA	TABAGISMO	MEDICAMENTOS PARA DOENÇA DE PARKINSON	CIRURGIA BARIÁTRICA
UBS VILA BERTIOGA - PROF. DOMINGOS DELASCIO / CEO	ÁCIDO FOLÍNICO	Rifamp. (150 mg) + Isoniaz. (100 mg)	FORMOTEROL 6 MCG + BUDESONIDA 200 MCG PO EM CAPSULA PARA INALACAO COM INALADOR			RANITIDINA GOTAS
	ENOXAPARINA 100MG/ML-0,2ML	Rifamp.(150 mg) + Isoniaz. (75 mg) + Pirazin. (400 mg) + Etamb. (275 mg)	FORMOTEROL 12 MCG + BUDESONIDA 400 MCG PO EM CAPSULA PARA INALACAO COM INALADOR			COLECALCIFEROL GOTAS
	ENOXAPARINA 100MG/ML-0,4ML	ISONIAZIDA 100 MG COMPRIMIDO				POLIVITAMÍNICO GOTAS
	ENOXAPARINA 100MG/ML-0,6ML					
	HIDRATO DE CLORAL SOL ORAL					
	DOXASOZINA 2mg comp.					
	FINASTERIDA 5mg comp.					

SUPERVISÃO TÉCNICA ARICANDUVA MOOCA						
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - OUTUBRO 2016						
UNIDADE	GERAL	PROGRAMA TUBERCULOSE/HANSEN	ASMA	TABAGISMO	MEDICAMENTOS PARA DOENÇA DE PARKINSON	CIRURGIA BARIÁTRICA
HDHC MOOCA	ACICLOVIR 50 MG/G (5%) CREME BISNAGA 10 G					
	ACIDO NITRICO FUMEGANTE 660 MG/ML (66%) SOLUCAO FRASCO 10 ML					
	ACIDO TRICLOROACETICO 350 MG/ML (35%) SOLUCAO FRASCO 20 ML					
	ALCOOL ETILICO 70% (P/P) GEL FRASCO COM BOMBA DOSEADORA 500 ML					
	ALFENTANILA 0,544 MG/ML (EQUIVALENTE A 0,5MG DE ALFENTANILA /ML) SOLUCAO INJETAVEL AMP 5 ML					
	AMICACINA SULFATO 250 MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMP 2 ML					
	AMICACINA SULFATO 50 MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMP 2 ML					
	ATRACURIO BESILATO 10 MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMP 5 ML					
	BETAMETASONA ACETATO 3 MG/ML + BETAMETASONA FOSFATO DISSODICO 3MG/ML SUSPENSAO INJETAVEL AMP 1 ML					
	BUPIVACAINA CLORIDRATO 5 MG/ML (0,5%) SOLUCAO INJETAVEL AMP 4 ML					
	BUPIVACAINA CLORIDRATO 5 MG/ML (0,5%) SOLUCAO INJETAVEL FAM OU AMP. 20 ML					
	BUPIVACAINA CLORIDRATO 5MG/ML (0,5%) + GLICOSE 80 MG/ML (8%)SOLUCAO INJETAVEL AMP 4ML					
	BUPIVACAINA CLORIDRATO 5MG/ML 0,5%+EPINEFRINA HEMITARTARATO 0,0091MG/ML(EPINEFRINA 0,005MG/ML) SOL. INJETAVEL FAM 20 ML					
	CEFAZOLINA 1 G PO PARA SOLUCAO INJETAVEL FAM					
	CETOPROFENO 100 MG PO PARA SOLUCAO INJETAVEL FAM IV					
	CIPROFLOXACINO CLORIDRATO 2 MG/ML SOLUCAO INJETAVEL SISTEMA FECHADO 100 ML					
	CLARITROMICINA 500 MG PO PARA SOLUCAO INJETAVEL FAM					
	CLINDAMICINA FOSFATO 150 MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMP 4 ML					
	CLORETO DE METILTIONIUM (AZUL DE METILENO) 20 MG/ML (2%) SOLUCAO INJETAVEL AMP. 5 ML					
	CLORETO DE POTASSIO 191 MG/ML (19,1% - 2,56 MEQ/ML K+) SO LUCAO INJETAVEL AMP DE 10 ML					

CONTINUAÇÃO... HDHC MOOCA	CLORETO DE SODIO 9 MG/ML (0,9% - 0,154 MEQ/ML) SOLUCAO INJETAVEL SISTEMA FECHADO 1 L				
	CLOREXIDINA DIGLICONATO 2 MG/ML (0,2%) SOLUCAO AQUOSA ALMOTOLIA 100 ML				
	CLOREXIDINA DIGLICONATO 20 MG/ML (2%) SOLUCAO DEGERMANTE ALMOTOLIA 100 ML				
	CLOREXIDINA DIGLICONATO 20 MG/ML (2%) SOLUCAO DEGERMANTE FRASCO COM BOMBA DOSEADORA 500 ML				
	DANTROLENO 20 MG PO PARA SOLUCAO INJETAVEL FAM				
	DEXTROCETAMINA CLORIDRATO 57,67 MG/ML (EQUIVALENTE A 50 MG/ML DE CETAMINA) SOLUCAO INJETAVEL FAM 10 ML				
	DROPERIDOL 2,5 MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMP 1 ML (SEM CONSERVANTE)				
	EFEDRINA SULFATO 50 MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMP 1 ML				
	ETOMIDATO 2 MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMP 10 ML				
	FENOL 880 MG/ML (88%) SOLUCAO FRASCO 30 ML				
	FENTANILA CITRATO 0,0785 MG/ML (EQUIVALENTE 0,05 MG/ML DE FENTANILA) SOLUCAO INJETAVEL FAM 10 ML				
	FITOMENADIONA (VIT. K) 10 MG/ML SOLUCAO OU EMULSAO INJETAVELAMP.1ML IV				
	GLICOSE 100 MG/ML (10%) SOLUCAO INJETAVEL SISTEMA FECHADO 250 ML				
	GLICOSE 50 MG/ML (5%) SOLUCAO INJETAVEL SISTEMA FECHADO 100 ML				
	GLICOSE 750 MG/ML (75%) SOLUCAO INJETAVEL AMP. 5 ML				
	ODOPOVIDONA 100 MG/ML (10% - 1% DE IODO ATIVO) SOLUCAO ALCOOLICA ALTOMOLIA 100 ML				
	LIDOCAINA CLORIDRATO 20 MG/ML (2%) SOLUCAO INJETAVEL AMP. 5 ML				
	LIDOCAINA CLORIDRATO 50 MG/ML (5%) + GLICOSE 75 MG/ML (7,5%) SOLUCAO INJETAVEL AMP 2 ML				
	METILPREDNISOLONA SUCCINATO SODICO 500 MG PO PARA SOLUCAO INJETAVEL FAM				
	METRONIDAZOL 5 MG/ML SOLUCAO INJETAVEL FRASCO 100 ML IV				
MIDAZOLAM CLORIDRATO 5 MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMP 10 ML					
MONOETANOLAMINA OLEATO 50 MG/ML (5%) SOLUCAO INJETAVEL AMP 2ML					

CONTINUAÇÃO... HDHC MOOCA	MORFINA SULFATO 0,2 MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMP 1 ML				
	MORFINA SULFATO 10 MG/ML SOLUCAO ORAL FRASCO 60 ML				
	MORFINA SULFATO 30 MG COMPRIMIDO				
	MUPIROCINA 20 MG/G POMADA BISNAGA				
	NALBUFINA CLORIDRATO 10 MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMP 1 ML				
	NEOSTIGMINA METILSULFATO 0,5 MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMP. 1 ML				
	NITROGLICERINA 5 MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMP 10 ML				
	OMEPRAZOL SODICO 40 MG PO PARA SOLUCAO INJETAVEL FAM + DIL UENTE				
	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMP 2 ML				
	OXIDO NITROSO GAS INALANTE				
	OXIMETAZOLINA CLORIDRATO 0,25 MG/ML (0,025%) SOLUCAO NASAL FRASCO 20 ML				
	OXIMETAZOLINA CLORIDRATO 0,5 MG/ML (0,05%) SOLUCAO NASAL FRASCO 30 ML				
	POLIDOCANOL 5 MG/ML (0,5%) SOLUCAO INJETAVEL AMP. 2 ML				
	PRILOCAINA CLORIDRATO 30 MG/ML (3%) + FELIPRESSINA 0,03UI/ML SOLUCAO INJETAVEL TUBETE 1,8 ML				
	PROPOFOL 10 MG/ML EMULSAO INJETAVEL AMP 20 ML				
	PROPOFOL 10 MG/ML EMULSAO INJETAVEL FAM OU SERINGA 50 ML				
	ROCURONIO 10 MG/ML SOLUCAO INJETAVEL FAM 5 ML				
	SEVOFLURANO LIQUIDO VOLATIL FRASCO 100 ML				
	SULFATO DE MAGNESIO 100 MG/ML (10% - 0,81 MEQ/ML MG++) SOLUCAO INJETAVEL AMP 10 ML				
	TRAMADOL 50 MG COMPRIMIDO				
TRIANCINOLONA 40 MG/ML SOLUCAO INJETAVEL FAM 1ML					
VASELINA LIQUIDO ESTERIL AMP 10 ML					



SUPERVISÃO TÉCNICA ARICANDUVA MOOCA						
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - OUTUBRO 2016						
UNIDADE	GERAL	PROGRAMA TUBERCULOSE /HANSEN	ASMA	TABAGISMO	MEDICAMENTOS PARA DOENÇA DE PARKINSON	CIRURGIA BARIÁTRICA
<b>AMA/UBS VILA CARRÃO - DR.ADHEMAR MONTEIRO PACHECO</b>	ÁCIDO FOLÍNICO	RIFAMPICINA 2% SOL. ORAL	FORMOTEROL 6 MCG + BUDESONIDA 200 MCG PO EM CAPSULA PARA INALACAO COM INALADOR		LEVODOPA+BE NSERAZIDA 100/25MG DISPERSÍVEL	
	ENOXAPARINA 100MG/ML-0,2ML	RIFAMP. (150MG) + ISONIAZ (75MG) + PIRAZIN. (400MG) + ETAMB. (275MG)	FORMOTEROL 12 MCG + BUDESONIDA 400 MCG PO EM CAPSULA PARA INALACAO COM INALADOR		LEVODOPA+BE NSERAZIDA 100/25MG	
	ENOXAPARINA 100MG/ML-0,4ML	RIFAMP. (150MG) + ISONIAZ (100MG)			LEVODOPA+BE NSERAZIDA 200/50MG	
	ENOXAPARINA 100MG/ML-0,6ML	PIRAZINAMIDA 3% SOL.ORAL			LEVODOPA+BE NSERAZIDA 100/25MG BD	
	PRAZICUANTEL	ISONIAZIDA 100 MG COMPRIMIDO				
	PIRIMETAMINA 25 MG COMPRIMIDO	RIFAMPICINA 300 MG CAPSULA				
	CLORANFENICOL 5 MG/G + RETINOL ACETATO 10.000UI/G + AMINOACIDOS 25 MG/G + METIONINA 5 MG/G POMADA OFTALMICA BISNAGA 3,5G					
	SULFADIAZINA 500 MG COMPRIMIDO					
	SIMETICONA GOTAS					
	HIPOSSULFITO DE SÓDIO 50MG/ML (5%) SOLUÇÃO					

<b>SUPERVISÃO TÉCNICA ARICANDUVA MOOCA</b>						
<b>ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - OUTUBRO 2016</b>						
<b>UNIDADE</b>	<b>GERAL</b>	<b>PROGRAMA TUBERCULOSE/HANSEN</b>	<b>ASMA</b>	<b>TABAGISMO</b>	<b>MEDICAMENTOS PARA DOENÇA DE PARKINSON</b>	<b>CIRURGIA BARIÁTRICA</b>
<b>UBS VILA SANTO ESTEVÃO</b>	IMUNOGLOBULINA ANTI RH	Rifamp. (150 mg) + Isoniaz. (100 mg)				
	ENOXAPARINA 100MG/ML-0,2ML	Rifamp.(150 mg) + Isoniaz. (75 mg) + Pirazin. (400 mg) + Etamb. (275 mg)				
	ENOXAPARINA 100MG/ML-0,4ML	ISONIAZIDA 100 MG COMPRIMIDO				
	ENOXAPARINA 100MG/ML-0,6ML					

<b>SUPERVISÃO TÉCNICA ARICANDUVA MOOCA</b>						
<b>ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - OUTUBRO 2016</b>						
<b>UNIDADE</b>	<b>GERAL</b>	<b>PROGRAMA TUBERCULOSE/HANSEN</b>	<b>ASMA</b>	<b>TABAGISMO</b>	<b>MEDICAMENTOS PARA DOENÇA DE PARKINSON</b>	<b>CIRURGIA BARIÁTRICA</b>
<b>AMA/UBS VILA ORATORIO - TITO PEDRO MASCELANI</b>	ÁCIDO FOLÍNICO	Rifamp. (150 mg) + Isoniaz. (100 mg)				
	PIRIMETAMINA 25 MG	Rifamp.(150 mg) + Isoniaz. (75 mg) + Pirazin. (400 mg) + Etamb. (275 mg)				
	ENOXAPARINA 100MG/ML- 0,2ML-D	ISONIAZIDA 100 MG COMPRIMIDO				
	ENOXAPARINA 100MG/ML- 0,4ML-D					
	ENOXAPARINA 100MG/ML- 0,6ML-D					
	PIRIMETAMINA 25 MG COMPRIMIDO					
	CLORANFENICOL 5 MG/G + RETINOL ACETATO 10.000UI/G + AMINOACIDOS 25 MG/G + METIONINA 5 MG/G POMADA OFTÁLMICA BISNAGA 3,5G					
	SULFADIAZINA 500 MG COMPRIMIDO					
	SIMETICONA GOTAS					
	HIPOSSULFITO DE SÓDIO 50MG/ML (5%) SOLUÇÃO					

<b>SUPERVISÃO TÉCNICA ARICANDUVA MOOCA</b>						
<b>ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - OUTUBRO 2016</b>						
<b>UNIDADE</b>	<b>GERAL</b>	<b>PROGRAMA TUBERCULOSE/HANSEN</b>	<b>ASMA</b>	<b>TABAGISMO</b>	<b>MEDICAMENTOS PARA DOENÇA DE PARKINSON</b>	<b>CIRURGIA BARIÁTRICA</b>
<b>AMA/UBS VILA ANTONIETA</b>	ÁCIDO FOLÍNICO	Rifamp. (150 mg) + Isoniaz. (100 mg)				
	ENOXAPARINA 100MG/ML- 0,2ML	Rifamp.(150 mg) + Isoniaz. (75 mg) + Pirazin. (400 mg) + Etamb. (275 mg)				
	ENOXAPARINA 100MG/ML- 0,4ML	ISONIAZIDA 100 MG COMPRIMIDO				
	ENOXAPARINA 100MG/ML- 0,6ML					
	SIMETICONA GOTAS					

SUPERVISÃO TÉCNICA ARICANDUVA MOOCA						
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - OUTUBRO 2016						
UNIDADE	GERAL	PROGRAMA TUBERCULOSE/HANSEN	ASMA	TABAGISMO	MEDICAMENTOS PARA DOENÇA DE PARKINSON	CIRURGIA BARIÁTRICA
<b>AMA/UBS AGUA RASA</b>	ÁCIDO FOLÍNICO	RIFAMPICINA 2% SOL.ORAL - (CANDIDO FONTOURA)			LEVODOPA+BEN SERAZIDA 100/25MG DISPERSÍVEL	
	ENOXAPARINA 100MG/ML- 0,2ML	PIRAZINAMIDA 3% SOL.ORAL - (CANDIDO FONTOURA)			LEVODOPA+BEN SERAZIDA 100/25MG	
	ENOXAPARINA 100MG/ML- 0,4ML	PIRAZINAMIDA 500MG COMP. (CANDIDO FONTOURA)-EE			LEVODOPA+BEN SERAZIDA 200/50MG	
	ENOXAPARINA 100MG/ML- 0,6ML	Rifamp. (150 mg) + Isoniaz. (100 mg)			LEVODOPA+BEN SERAZIDA 100/25MG BD	
	ALENDRONATO 10 MG CP	Rifamp.(150 mg) + Isoniaz. (75 mg) + Pirazin. (400 mg) + Etamb. (275 mg)			LEVODOPA+CAR BIDOPA 250/25MG	
	PIRIMETAMINA 25 MG COMPRIMIDO	ISONIAZIDA 100 MG COMPRIMIDO				
	CLORANFENICOL 5 MG/G + RETINOL ACETATO 10.000UI/G + AMINOACIDOS 25 MG/G + METIONINA 5 MG/G POMADA OFTALMICA BISNAGA 3,5G					
	SULFADIAZINA 500 MG COMPRIMIDO					
	SIMETICONA GOTAS					

<b>SUPERVISÃO TÉCNICA ARICANDUVA MOOCA</b>						
<b>ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - OUTUBRO 2016</b>						
<b>UNIDADE</b>	<b>GERAL</b>	<b>PROGRAMA TUBERCULOSE/HANSEN</b>	<b>ASMA</b>	<b>TABAGISMO</b>	<b>MEDICAMENTOS PARA DOENÇA DE PARKINSON</b>	<b>CIRURGIA BARIÁTRICA</b>
<b>UBS MOOCA I</b>	METILFENIDATO (Protocolo)	Rifamp. (150 mg) + Isoniaz. (100 mg)				
		Rifamp.(150 mg) + Isoniaz. (75 mg) + Pirazin. (400 mg) + Etamb. (275 mg)				
		ISONIAZIDA 100 MG COMPRIMIDO				

SUPERVISÃO TÉCNICA ARICANDUVA MOOCA						
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - OUTUBRO 2016						
UNIDADE	GERAL	PROGRAMA TUBERCULOSE/HANSEN	ASMA	TABAGISMO	MEDICAMENTOS PARA DOENÇA DE PARKINSON	CIRURGIA BARIÁTRICA
AMA/UBS VILA GUARANI	ÁCIDO FOLÍNICO	Rifamp. (150 mg) + Isoniaz. (100 mg)	FORMOTEROL 6 MCG + BUDESONIDA 200 MCG PO EM CAPSULA PARA INALACAO COM INALADOR	NICOTINA 7 MG ADESIVO TRANSDERMICO	LEVODOPA+BEN SERAZIDA 200/50MG	
	ALENDRONATO 10 MG CP	Rifamp.(150 mg) + Isoniaz. (75 mg) + Pirazin. (400 mg) + Etamb. (275 mg)	FORMOTEROL 12 MCG + BUDESONIDA 400 MCG PO EM CAPSULA PARA INALACAO COM INALADOR	NICOTINA 14 MG ADESIVO TRANSDERMICO	LEVODOPA+BEN SERAZIDA 100/25MG BD	
	ENOXAPARINA 100MG/ML-0,2ML	ISONIAZIDA 100 MG COMPRIMIDO		NICOTINA 21 MG ADESIVO TRANSDERMICO	LEVODOPA+CAR BIDOPA 250/25MG	
	ENOXAPARINA 100MG/ML-0,4ML			NICOTINA 2 MG GOMA DE MASCAR	LEVODOPA+BEN SERAZIDA 100/25MG DISPERSÍVEL	
	ENOXAPARINA 100MG/ML-0,6ML			BUPROPION A	LEVODOPA+BEN SERAZIDA 100/25MG	
	DALTEPARINA SODICA 2.500 UI (EQUIVALENTE A 12.500 UI/ML)					
	DALTEPARINA SODICA 5.000 UI (EQUIVALENTE A 25.000 UI/ML)					
	IMUNGLOBULINA ANTI RH					
	PIRIMETAMINA 25 MG COMPRIMIDO					
	CLORANFENICOL 5 MG/G + RETINOL ACETATO 10.000UI/G + AMINOACIDOS 25 MG/G + METIONINA 5 MG/G POMADA OFTALMICA BISNAGA 3,5G					
SULFADIAZINA 500 MG COMPRIMIDO						

SUPERVISÃO TÉCNICA ARICANDUVA MOOCA						
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - OUTUBRO 2016						
UNIDADE	GERAL	PROGRAMA TUBERCULOSE/ HANSEN	ASMA	TABAGISMO	MEDICAMENTOS PARA DOENÇA DE PARKINSON	CIRURGIA BARIÁTRICA
	SIMETICONA GOTAS					
UBS BELENZINHO	VALERIANA OFFICINALIS comp	Rifamp. (150 mg) + Isoniaz. (100 mg)		NICOTINA 7 MG ADESIVO TRANSDERMICO		
	HARPAGOPHYTUM PROCUMBENS (GARRA DO DIABO)	Rifamp.(150 mg) + Isoniaz. (75 mg) + Pirazin. (400 mg) + Etamb. (275 mg)		NICOTINA 14 MG ADESIVO TRANSDERMICO		
	MAYTENUS ILICIFOLIA (ESPINHEIRA SANTA)	ISONIAZIDA 100 MG COMPRIMIDO		NICOTINA 21 MG ADESIVO TRANSDERMICO		
	ENOXAPARINA 100MG/ML-0,2ML			NICOTINA 2 MG GOMA DE MASCAR		
	ENOXAPARINA 100MG/ML-0,4ML			BUPROPIONA		
	ENOXAPARINA 100MG/ML-0,6ML					

SUPERVISÃO TÉCNICA ARICANDUVA MOOCA						
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - OUTUBRO 2016						
UNIDADE	GERAL	PROGRAMA TUBERCULOSE/ HANSEN	ASMA	TABAGISMO	MEDICAMENTOS PARA DOENÇA DE PARKINSON	CIRURGIA BARIÁTRICA
CAPS AD MOOCA				NICOTINA 7 MG ADESIVO TRANSDERMICO		
				NICOTINA 14 MG ADESIVO TRANSDERMICO		
				NICOTINA 21 MG ADESIVO TRANSDERMICO		
				NICOTINA 2 MG GOMA DE MASCAR		



SUPERVISÃO TÉCNICA ARICANDUVA MOOCA						
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - OUTUBRO 2016						
UNIDADE	GERAL	PROGRAMA TUBERCULOSE/HANSEN	ASMA	TABAGISMO	MEDICAMENTOS PARA DOENÇA DE PARKINSON	CIRURGIA BARIÁTRICA
UBS BRÁS	ENOXAPARINA 100MG/ML-0,2ML	Rifamp. (150 mg) + Isoniaz. (100 mg)		NICOTINA 7 MG ADESIVO TRANSDERMICO		
	ENOXAPARINA 100MG/ML-0,4ML	Rifamp.(150 mg) + Isoniaz. (75 mg) + Pirazin. (400 mg) + Etamb. (275 mg)		NICOTINA 14 MG ADESIVO TRANSDERMICO		
	ENOXAPARINA 100MG/ML-0,6ML	ISONIAZIDA 100 MG COMPRIMIDO		NICOTINA 21 MG ADESIVO TRANSDERMICO		
				NICOTINA 2 MG GOMA DE MASCAR BUPROPIONA		

SUPERVISÃO TÉCNICA ARICANDUVA MOOCA						
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - OUTUBRO 2016						
UNIDADE	GERAL	PROGRAMA TUBERCULOSE/HANSEN	ASMA	TABAGISMO	MEDICAMENTOS PARA DOENÇA DE PARKINSON	CIRURGIA BARIÁTRICA
UBS NOVA YORK		Rifamp. (150 mg) + Isoniaz. (100 mg)		NICOTINA 7 MG ADESIVO TRANSDERMICO		
		Rifamp.(150 mg) + Isoniaz. (75 mg) + Pirazin. (400 mg) + Etamb. (275 mg)		NICOTINA 14 MG ADESIVO TRANSDERMICO		
		ISONIAZIDA 100 MG COMPRIMIDO		NICOTINA 21 MG ADESIVO TRANSDERMICO		
				NICOTINA 2 MG GOMA DE MASCAR BUPROPIONA		

SUPERVISÃO TÉCNICA ARICANDUVA MOOCA						
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - OUTUBRO 2016						
UNIDADE	GERAL	PROGRAMA TUBERCULOSE/HANSEN	ASMA	TABAGISMO	MEDICAMENTOS PARA DOENÇA DE PARKINSON	CIRURGIA BARIÁTRICA
UBS FORMOSA II		Rifamp. (150 mg) + Isoniaz. (100 mg)		NICOTINA 7 MG ADESIVO TRANSDERMICO		
		Rifamp.(150 mg) + Isoniaz. (75 mg) + Pirazin. (400 mg) + Etamb. (275 mg)		NICOTINA 14 MG ADESIVO TRANSDERMICO		
		ISONIAZIDA 100 MG COMPRIMIDO		NICOTINA 21 MG ADESIVO TRANSDERMICO		
				NICOTINA 2 MG GOMA DE MASCAR		
				BUPROPIONA		

SUPERVISÃO TÉCNICA ARICANDUVA MOOCA						
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - OUTUBRO 2016						
UNIDADE	GERAL	PROGRAMA TUBERCULOSE/HANSEN	ASMA	TABAGISMO	MEDICAMENTOS PARA DOENÇA DE PARKINSON	CIRURGIA BARIÁTRICA
UBS JARDIM IVA		Rifamp. (150 mg) + Isoniaz. (100 mg)		NICOTINA 7 MG ADESIVO TRANSDERMICO		
		Rifamp.(150 mg) + Isoniaz. (75 mg) + Pirazin. (400 mg) + Etamb. (275 mg)		NICOTINA 14 MG ADESIVO TRANSDERMICO		
		ISONIAZIDA 100 MG COMPRIMIDO		NICOTINA 21 MG ADESIVO TRANSDERMICO		
				NICOTINA 2 MG GOMA DE MASCAR		
				BUPROPIONA		

<b>SUPERVISÃO TÉCNICA ARICANDUVA MOOCA</b>						
<b>ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - OUTUBRO 2016</b>						
<b>UNIDADE</b>	<b>GERAL</b>	<b>PROGRAMA TUBERCULOSE/HANSEN</b>	<b>ASMA</b>	<b>TABAGISMO</b>	<b>MEDICAMENTOS PARA DOENÇA DE PARKINSON</b>	<b>CIRURGIA BARIÁTRICA</b>
<b>UBS MANCHESTER</b>		Rifamp. (150 mg) + Isoniaz. (100 mg)		NICOTINA 7 MG ADESIVO TRANSDERMICO		
		Rifamp.(150 mg) + Isoniaz. (75 mg) + Pirazin. (400 mg) + Etamb. (275 mg)		NICOTINA 14 MG ADESIVO TRANSDERMICO		
		ISONIAZIDA 100 MG COMPRIMIDO		NICOTINA 21 MG ADESIVO TRANSDERMICO		
				NICOTINA 2 MG GOMA DE MASCAR		
				BUPROPIONA		

ANEXO 08 – FICHA DE QUEIXA TÉCNICA



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE QT - QUEIXA TÉCNICA (ou Suspeita de Desvio de Qualidade)

<b>Unidade de Saúde</b>	<b>E-mail:</b>		<b>Localidade (ST/CRS)</b>		
	<b>Telefone:</b>		ARICANDUVA/MOOCA/SU DESTE		
<b>Iniciais do Paciente</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>		<b>Gestante?</b>	
				Sim	Não
<b>Endereço Residencial do Paciente:</b>					
<b>Telefone do paciente:</b>					
<b>Produto com problema:</b>					
<b>Descrição do problema:</b>					
<b>Falta de Efeito Terapêutico:</b>				<b>Apresentação</b>	
<b>Fabricante:</b>					
<b>Número do Lote:</b>					
<b>Validade:</b>					
<b>Quantidade:</b>					
<b>Alteração</b>	<b>1.</b>		<b>Rótulo</b>		
	<b>Odor</b>		<b>Embalagem</b>		
	<b>Turbidez</b>		<b>Falsificação</b>		
	<b>Sabor</b>		<b>Outros (especificar)*</b>		
<b>Nome do notificado</b>	<b>E-mail</b>	<b>Categoria profissional</b>		<b>Tefelone/Fax</b>	<b>Data de notificação</b>

**ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO**

**Identificação de Unidade:**

Preencha este campo com o nome da Unidade de Saúde que está notificando, com e-mail (institucional e telefone)

Identifique a Supervisão de Saúde e a Coordenadoria Regional de Saúde, a qual pertence a Unidade Notificadora.

**Identificação do paciente – Quando o problema estiver relacionado com o paciente**

Preencha os campos Iniciais do paciente, e o número do cartão SUS

Endereço residencial e telefone para contato ou e-mail.

**Identificação do produto:**

Fabricante: nome do laboratório farmacêutico ou empresa; identificado na embalagem.

Lote: colocar todos os números ou letras.

Validade: colocar a data limite para utilização do produto.

**Descrever o problema com o produto:** descrever que tipo de problema ocorreu.

**Observações:**

Medicamento com problema: deve ser identificado pelo nome comercial/genérico.

Forma farmacêutica: comprimido, cápsula, solução injetável, creme, pomada, solução oral etc, anotar conforme descrito na embalagem do medicamento.

**Identificação do notificador**

Identifique o Nome e e-mail (institucional do notificador) o telefone ou Fax de contato da unidade e a Data da notificação, considerando esta a data de preenchimento da notificação.

**As notificações devem ser enviadas por e-mail para a Supervisão Técnica (responsável por Medicamentos/MMH e Material Odontológico). Na ausência destes para os responsáveis da Coordenadoria Regional de**

ANEXO 09: PLANILHAS LISTAGEM DE MEDICAMENTOS PARA DESCARTE LOGA E ECOURBIS  
PLANILHA 1: LOGA

Nome Comercial	Principio Ativo	Quantidade	Unidade Medida	Acondicionamento	Embalagem (Primaria/Secundaria)
			g	saco laranja com simbologia (grupo b)	secundaria
			g	saco laranja com simbologia (grupo b)	secundaria
			g	saco laranja com simbologia (grupo b)	secundaria
			g	saco laranja com simbologia (grupo b)	secundaria
			g	saco laranja com simbologia (grupo b)	secundaria
			g	saco laranja com simbologia (grupo b)	secundaria
			g	saco laranja com simbologia (grupo b)	secundaria
			g	saco laranja com simbologia (grupo b)	secundaria
			g	saco laranja com simbologia (grupo b)	secundaria
			g	saco laranja com simbologia (grupo b)	secundaria
			g	saco laranja com simbologia (grupo b)	secundaria
			g	saco laranja com simbologia (grupo b)	secundaria
			g	saco laranja com simbologia (grupo b)	secundaria
			g	saco laranja com simbologia (grupo b)	secundaria
			g	saco laranja com simbologia (grupo b)	secundaria
			g	saco laranja com simbologia (grupo b)	secundaria
			g	saco laranja com simbologia (grupo b)	secundaria
			g	saco laranja com simbologia (grupo b)	secundaria
			g	saco laranja com simbologia (grupo b)	secundaria
			g	saco laranja com simbologia (grupo b)	secundaria
			g	saco laranja com simbologia (grupo b)	secundaria
			g	saco laranja com simbologia (grupo b)	secundaria
			g	saco laranja com simbologia (grupo b)	secundaria
			g	saco laranja com simbologia (grupo b)	secundaria
			g	saco laranja com simbologia (grupo b)	secundaria
			g	saco laranja com simbologia (grupo b)	secundaria
			g	saco laranja com simbologia (grupo b)	secundaria
			ml	saco laranja com simbologia (grupo b)	secundaria
			g	saco laranja com simbologia (grupo b)	secundaria



PLANILHA 2: ECOURBIS

protocolo



**Lista de resíduos a serem recolhidos**

Nome Comercial	Principio Ativo	Quantidade	Unidade

ANEXO 10 - REGISTRO DE TEMPERATURA E UMIDADE DO AMBIENTE

SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE ARICANDUVA/MOOCA - UNIDADE:																								
CONTROLE DE TEMPERATURA E UMIDADE DO AMBIENTE - Farmácia/Almoxarifado																								
DATA	MANHÃ (7h)								TARDE (13h)								NOITE (18:30h)							
	TEMPERATURA				UMIDADE				TEMPERATURA				UMIDADE				TEMPERATURA				UMIDADE			
	MOM.	MÁX	MÍN	visto	MOM.	MÁX	MÍN	visto	MOM.	MÁX	MÍN	visto	MOM.	MÁX	MÍN	visto	MOM.	MÁX	MÍN	visto	MOM.	MÁX	MÍN	visto
1																								
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
21																								
22																								
23																								
24																								
25																								
26																								
27																								
28																								
29																								
30																								
31																								
TEMPERATURA: entre 15°C e 30°C; UMIDADE: entre 35% e 70%																<b>Mês:</b>								
Referência: Farm. Bras. IV ed., Capítulo IV – Generalidades, pág. IV-5. OBS.: Qualquer não conformidade, o farmacêutico deverá ser informado para providências.																								


ANEXO 11 – REGISTRO DE TEMPERATURA DA GELADEIRA

SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE ARICANDUVA/MOOCA - UNIDADE:												
CONTROLE DE TEMPERATURA DA GELADEIRA												
DATA	MANHÃ (7h)				TARDE (13h)				NOITE (18:30h)			
	TEMPERATURA				TEMPERATURA				TEMPERATURA			
	MOM.	MÁX	MÍN	ASSINATURA	MOM.	MÁX	MÍN	ASSINATURA	MOM.	MÁX	MÍN	ASSINATURA
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												

TEMPERATURA: entre 2°C e 8°C      OBS.: Qualquer não conformidade, o farmacêutico deverá ser informado para providências  
Referência: Farm. Bras. IV ed., Capítulo IV – Generalidades, pág. IV-5.



ANEXO 12 – PLANILHA PRODUTIVIDADE DA FARMÁCIA

		SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE																																
		SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE ARICANDUVA MOOCA																																
		UNIDADE DE SAÚDE:																																
		MÊS:																																
Data	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Total		
Receitas AMA/UBS Integrada (própria Unidade)																																0		
Receitas AMA (outras Unidades AMA)																																	0	
Receitas UBS (própria Unidade)																																	0	
Receitas SUS (serviços municipais)																																	0	
Receitas SUS (outros serviços)																																	0	
Receitas Particulares																																	0	
Antimicrobianos																																	0	
Controlados																																	0	
Receitas Não Atendidas																																	0	
Total geral	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		