

náuseas", dentre outras, será dispensada quantidade suficiente para 3 (três) dias de tratamento.

§ 3º A dispensa de medicamentos para o tratamento de condições crônicas deverá ser realizada com intervalo mensal, pelo período de validade da receita.

§ 4º É vedado o fornecimento de medicamentos para meses anteriores à data da realização da dispensa.

Art. 10. É vedada a dispensa de mais de um fármaco ou esquema posológico que faculte ao dispensador ou usuário uma escolha.

Art. 11. A dispensa de medicamentos sujeitos a controle especial e antimicrobianos deverá atender à legislação específica.

Art. 12. No ato da dispensa devem ser registrados na via do paciente os seguintes dados:

- I – identificação da Unidade Dispensadora.
- II - data da dispensa.
- III - quantidade aviada de cada medicamento.
- IV – nome legível do dispensador.

Parágrafo único: As informações registradas nas receitas de antimicrobianos e medicamentos sujeitos a controle especial deverão atender à legislação específica.

Art. 13. A unidade dispensadora será responsável pelo arquivamento da 2ª via da receita, por ordem cronológica, por 2 (dois) anos, das receitas de medicamentos sujeitos a controle especial e antimicrobianos, com exceção das receitas do medicamento talidomida que deverão ficar arquivadas por 5 (cinco) anos.

Art. 14. É vedada a dispensa de medicamentos a menor de 14 (quatorze) anos, exceto à usuária de contraceptivos hormonais e à usuária que for mãe.

Art. 15. É vedada a dispensa de medicamentos sujeitos a controle especial a menor de 18 (dezoito) anos, exceto ao emancipado.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 16. O gerente da Unidade de Saúde é o responsável por fazer cumprir as disposições desta Portaria.

Art. 17. O receituário padrão a ser utilizado pelas Unidades de Saúde do Município de São Paulo (Anexo 5), deve ser o mesmo utilizado para prescrição de medicamentos não sujeitos a controle especial e para medicamentos sujeitos a controle especial, devendo neste caso serem preenchidos os dados requeridos conforme legislação específica.

Parágrafo único. Os modelos de receituários e de notificação de receita para os demais medicamentos sujeitos a controle especial devem atender à legislação específica.

Art. 18. É proibida a dispensa de medicamento cuja receita não obedeça ao disposto nesta Portaria, independente da origem da receita.

Art. 19. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se na íntegra a Portaria SMS.G nº 338 de 15 de fevereiro de 2014.

Anexo 1 - Prescrição de medicamentos pelo cirurgião-dentista

Cirurgiões-dentistas – CD são profissionais da saúde legalmente aptos a prescrever, conforme estabelecido na Portaria Ministério da Saúde - MS nº 1.625 de 10 de julho de 2007.

Compete ao CD a prescrição e aplicação de especialidades farmacêuticas de uso interno e externo para tratamento de agravos relativos à saúde bucal e é vedada ao CD a prescrição de medicamentos para tratamento de agravos que não sejam da competência da Odontologia.

Os medicamentos comuns na rotina da prescrição odontológica são antissépticos, analgésicos, antibióticos e anti-inflamatórios não esteroides - AINES, com menos frequência, os corticosteróides.

Dentre os psicofármacos que podem ser prescritos pelo CD estão os analgésicos opiáceos fracos derivados, sintéticos ou não, da morfina e outros utilizados no tratamento de nevralgia do trigêmeo, de disfunções da articulação temporomandibular (DTM) e de dores neuropáticas. Antiepilépticos e antidepressivos também podem ser prescritos para o tratamento desses agravos. Em pacientes ansiosos e/ou fóbicos, podem ser usados ansiolíticos somente no pré e pós operatório.

Fonte: Orientações sobre a prescrição de medicamentos pelo CD, disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudebucal/Prescricao-odon-to_2012.pdf

Anexo 2 – Prescrição de medicamentos pelo enfermeiro
A prescrição de medicamentos pela equipe de enfermagem é ação privativa do Enfermeiro. Os limites legais, para a prática desta ação, são os Programas de Saúde Pública e rotinas aprovadas em instituições de saúde públicas ou privadas.

Parâmetros legais:
· Lei Federal nº 7.498/86
· Decreto Presidencial nº 94.406/87
· Portaria GM/MS nº 2488/2011

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.

Anexo 3 - Prescrição de medicamentos pelo farmacêutico
A prescrição de medicamentos pelo farmacêutico é restrita aqueles enquadrados como isentos de prescrição médica. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) especifica os medicamentos isentos de prescrição médica por meio da Lista de Grupos e Indicações Terapêuticas Especificadas (GITE).

Parâmetros legais:
1. Resolução RDC ANVISA nº 138, de 29 de maio de 2003. Dispõe sobre o enquadramento na categoria de venda de medicamentos.

2. Resolução CFF nº 586 de 29 de agosto de 2013. Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências.

No âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo a dispensa de medicamentos constantes de protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal será realizada exclusivamente quando a prescrição do farmacêutico for oriunda de serviços próprios.

Anexo 5 - Modelo de receituário padrão para utilização nas Unidades pertencentes ao Sistema Único de Saúde sob gestão municipal.

		PREFEITURA DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE	
		Unidade: _____	
RECEITUÁRIO - 1ª e 2ª Via			
NOME: _____		IDADE: _____	
ENDEREÇO: _____		SEXO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
São Paulo ____/____/____		_____ Assinatura e Carimbo do Prescritor	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL (Preenchido pela Farmácia)			
Nome: _____			
Endereço: _____			
RG: _____		Tel.: _____	

Anexo 4 - Formulário de Comunicado ao Prescritor

		PREFEITURA DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE	
		Unidade: _____ _____ Endereço: _____ _____ _____	
FORMULÁRIO DE COMUNICADO AO PRESCRITOR			
Prezado(a) prescritor(a): Esta receita está em desacordo com a Portaria SMS.G 2103/2014, a Portaria SVS-MS 344/98 e a RDC Anvisa 20/2011 e suas atualizações. Pedimos a gentileza de considerar as observações assinaladas abaixo que estão em desacordo com esta portaria:			
<input type="checkbox"/> Não consta data de emissão <input type="checkbox"/> Não consta dosagem ou Concentração <input type="checkbox"/> Não consta duração do tratamento <input type="checkbox"/> Não consta o endereço do paciente (Portaria 344/98) <input type="checkbox"/> Não consta a forma farmacêutica <input type="checkbox"/> Não consta a identificação da Unidade emitente <input type="checkbox"/> Não consta a identificação do prescritor <input type="checkbox"/> Prescrição ilegível <input type="checkbox"/> Medicamento não consta na Remume <input type="checkbox"/> Não consta formulário de 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"/> Não consta a posologia <input type="checkbox"/> Prescrição com rasura e/ou emendas <input type="checkbox"/> Não consta receita em 2 vias <input type="checkbox"/> Validade da receita expirada			
Obs: _____ _____ _____ _____			
Nome do dispensador: _____ Assinatura: _____ Data: ____/____/____			

PORTARIA Nº 2086/2015-SMS.G

Institui diretrizes para a dispensa da heparina de baixo peso molecular denominada enoxaparina sódica nas apresentações de 20 mg, 40 mg e 60 mg seringa, para a prevenção e tratamento do tromboembolismo venoso no âmbito da rede de serviços da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

O Secretário Municipal da Saúde de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por Lei,

Considerando:

- A Portaria GM nº 1 de 02/01/2015 que estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) 9ª edição, da qual não consta a heparina de baixo peso molecular;

- O Relatório nº 59 de 04/07/2013 da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (CONITEC) sobre a não incorporação da heparina de baixo peso molecular para o tratamento de grávidas e puérperas com trombofilia no Sistema Único de Saúde;

- A Resolução CIT nº 1 de 17/01/2012 que estabelece as Diretrizes Nacionais da RENAME no âmbito do SUS, e que em seu Artigo 6º os Municípios podem dispor de medicamentos em complemento à RENAME;

- Que a capacidade de resolução dos Serviços de Especialidades de Ambulatório da Secretaria Municipal de Saúde pode ser aumentada com a utilização de heparina de baixo peso molecular;

Resolve:

Art. 1º. A dispensa do medicamento enoxaparina sódica deve promover o cuidado integral de pacientes acompanhados nas Unidades de Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, com risco de tromboembolismo, na continuidade do tratamento ambulatorial após alta hospitalar, no Programa Mãe Paulistana e outros cuidados que requeiram a terapia farmacológica;

Art. 2º. A dispensa de enoxaparina sódica está condicionada ao preenchimento do formulário pelo prescritor, de acordo com o anexo I, que caracteriza as afecções em que está autorizada a referida dispensa em conformidade com a Nota Técnica, anexo II.

Art. 3º. Nos casos em que a prescrição não se enquadrar no disposto no artigo 1º desta Portaria, o dispensador deverá encaminhar o formulário de comunicado ao prescritor definido pela Portaria SMS.G nº 82/2015.

Art. 4º. A dispensa de enoxaparina sódica pela rede municipal, em virtude de suas características, será executada em Unidades de referência estabelecidas e divulgadas pelas Coordenadorias Regionais de Saúde.

Art. 5º. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ANEXO I
FORMULÁRIO – ENOXAPARINA SÓDICA para uso exclusivo em ambulatório

Autorização para dispensa de:
enoxaparina sódica solução injetável em seringas pré-enchidas. Via de administração subcutânea de:

() 20 mg/0,2 mL

() 40 mg/0,4 mL

() 60 mg/0,6 mL

Nome do usuário:
() Masculino () Feminino
Data de nascimento ____/____/____
CNS _____

O(a) paciente apresenta uma das seguintes afecções ou situações de risco:

1. () Profilaxia de tromboembolismo venoso em continuidade de tratamento depois de alta do hospital
Tempo máximo de uso: 15 dias

2. () Grávida ou puérpera afetada pela síndrome do anticorpo antifosfolípide (SAAF) confirmada pelos critérios da Sociedade Americana de Hematologia (vide verso)
Tempo máximo de uso: 10 meses

3. Tratamento de tromboembolismo venoso ou arterial na gravidez e puerpério:
() Trombose confirmada na gravidez e puerpério
Tempo máximo de uso: 10 meses

() Necessidade de anticoagulação prolongada na gravidez e puerpério (valvas cardíacas mecânicas, profilaxia secundária de acidente vascular cerebral, etc.)
Tempo máximo de uso: 10 meses

4. () Terapia de substituição temporária de fármaco anticoagulante oral nos casos de procedimentos médicos ou odontológicos em que existe risco de sangramento.
Tempo máximo de uso: 15 dias

Identificação do médico prescritor:

Nome: _____

CRM: _____

CNES do Estabelecimento de Saúde: _____

Data: ____/____/____

Identificação do dispensador:

Autorizado: () sim () não motivo: _____

Data: ____/____/____

A prescrição e dispensa deverão obedecer as disposições estabelecidas a respeito da prescrição e dispensa de medicamentos no âmbito das Unidades pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS) sob gestão municipal.

Critérios para diagnóstico de certeza da síndrome do anticorpo antifosfolípide (SAAF)

Critério clínico (1 ou mais dos seguintes)

* Trombose vascular: 1 ou mais episódios confirmados, de modo objetivo, de trombose arterial, venosa ou de pequenos vasos em qualquer tecido ou órgão.

* Morbidade na gravidez: 1 ou mais mortes não esclarecidas de um feto morfológicamente normal na 10ª semana ou mais de gravidez; ou 1 ou mais nascimentos prematuros de um neonato morfológicamente normal antes da 34ª semana de gravidez em razão de eclampsia, pré-eclampsia ou insuficiência da placenta; 3 ou mais abortos espontâneos consecutivos e não esclarecidos antes da 10ª semana de gravidez.

Critérios de laboratório clínico (1 ou mais dos seguintes exames devem estar positivos em duas ou mais ocasiões distintas com pelo menos 12 semanas de intervalo entre os resultados)

* Presença de anticorpo antilípico
* Presença de anticorpo anticardiolipina IgG ou IgM com teor acima de 40 U

Para o diagnóstico definitivo de SAAF, obrigatoriamente, deve-se apresentar pelo menos um critério clínico e um de laboratório clínico.

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

Eu, _____
(nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente a respeito de benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de enoxaparina sódica, indicada para a profilaxia e o tratamento de tromboembolismo venoso.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico _____=(nome do médico que prescreve).

Fui claramente informado(a) quanto aos seguintes efeitos adversos e riscos de uso deste produto:

* Hemorragias
* Trombocitopenia e trombocitose
* Reação alérgica
* Aumento de enzimas hepáticas
* Urticária, prurido e eritema
* Osteoporose na terapia prolongada (acima de 3 meses)

Estou ciente de que este produto somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo, ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a), até em caso de desistir de usar o produto.

Autorizo a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo a fazer uso de informações relativas ao emprego de enoxaparina sódica na minha situação, desde que seja assegurado o anonimato.

Lugar: _____
Data: _____

Nome do paciente: _____
Nome do responsável legal: _____
Documento de identificação do responsável legal: _____
Assinatura do paciente ou do responsável legal: _____
Assinatura e carimbo do médico: _____

Observação: Este Termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de enoxaparina sódica à farmácia da SMS/SP e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia; e a outra entregue ao usuário ou a seu responsável legal.

ANEXO II
Nota Técnica a respeito de uso em ambulatório de enoxaparina sódica

A maioria dos eventos de tromboembolismo venoso profundo está ligada a fatores desencadeadores, identificáveis e específicos, tais como: internação, cirurgia de grande porte, trauma e períodos prolongados de imobilidade (que ocorrem em instituições de longa permanência ou durante voos prolongados). É frequente a combinação em uma pessoa de fatores de risco adquiridos e genéticos, a qual também pode ser afetada por um desses eventos desencadeadores que leva ao desenvol-