

DECRETO Nº 17.268, DE 31 DE MARÇO DE 2014 .

Aprova a Instrução Normativa SSP nº001/2014 :

O Prefeito Municipal de Colatina, no uso das atribuições legais que lhe são conferidas pelo inciso IV, artigo 99 da Lei Orgânica do Município e, de acordo com a Lei Complementar nº. 073, de 12 de agosto de 2013, que dispõe sobre o Sistema de Controle Interno do Município de Colatina-ES, no âmbito da Prefeitura Municipal de Colatina, abrangendo as Administrações Direta e Indireta,

DECRETA:

Artigo 1º - Fica aprovada a *Instrução Normativa SSP nº. 001/2014*, de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, que dispõe sobre orientações e procedimentos para o funcionamento, o controle e a dispensação de medicamentos e a distribuição de materiais médico-clínico, fazendo parte integrante deste Decreto.

Artigo 2º - Caberá à unidade responsável a divulgação da Instrução Normativa ora aprovada.

Artigo 3º - Este Decreto entrará em vigor na presente data, ficando revogadas as disposições em contrário.

Registre-se, Publique-se e Cumpra-se.

Gabinete do Prefeito Municipal de Colatina, em 31 de março de 2014.

Prefeito Municipal

Registrado no Gabinete do Prefeito Municipal de Colatina, e publicado no quadro que se encontra no átrio da Prefeitura, em 31 de março de 2014.

Secretário Municipal de Gabinete



INSTRUÇÃO NORMATIVA SSP Nº 001/2014

“Dispõe sobre orientações e procedimentos para o funcionamento, o controle e a dispensação de medicamentos e a distribuição de materiais médico-clínico.”

Versão: 01.

Aprovação em: 31 de março de 2014.

Ato de aprovação: Decreto nº. 17.268 de 31 de março de 2014.

Unidade Responsável: Secretaria Municipal de Saúde, através da Coordenação de Assistência Farmacêutica e da Superintendência de Planejamento das Ações de Saúde.

CAPÍTULO I DA FINALIDADE

Art. 1º. A presente Instrução Normativa tem por finalidade dispor sobre as rotinas relacionadas a dispensação de medicamentos aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS e distribuição de material médico-clínico para os estabelecimentos de saúde, com o propósito de padronizar as condutas relacionadas a dispensação de medicamentos por todas as Unidades de Dispensação de Medicamentos - UDM's localizadas nos estabelecimentos de saúde municipais e Farmácia Municipal Central - FMC.

CAPÍTULO II DA ABRANGÊNCIA

Art. 2º. A presente Instrução Normativa abrange todas as UDM's localizadas nos estabelecimentos de saúde municipais, FMC, Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF e Almoarifado da Secretaria Municipal de Saúde - SEMUS quer como executores de tarefas ou como responsáveis pela solicitação, guarda e distribuição dos medicamentos e materiais médico-clínico.

CAPÍTULO III DOS CONCEITOS

Art. 3º. Para os fins desta Instrução Normativa considera-se:

I - almoxarifado: ambiente destinado à estocagem de medicamentos e produtos para a saúde;



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
PREFEITURA MUNICIPAL DE COLATINA

II - central de abastecimento farmacêutico - CAF: unidade de assistência farmacêutica que serve para o armazenamento de medicamentos e correlatos, onde são realizadas atividades quanto à sua correta recepção, estocagem e distribuição;

III - classe terapêutica: categoria que congrega medicamentos com propriedades e/ou efeitos terapêuticos semelhantes;

IV - denominação comum brasileira - DCB: denominação do fármaco ou princípio farmacologicamente ativo aprovada pelo órgão federal responsável pela Vigilância Sanitária;

V - dispensação: ato de fornecimento ao consumidor de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, a título remunerado ou não;

VI - doença aguda: doença relativamente grave de curta duração;

VII - doença crônica: doença que tem uma ou mais das seguintes características: são permanentes, deixam incapacidade residual, são causadas por alteração patológica não reversível, requerem treinamento especial do paciente para reabilitação, pode-se requerer um longo período de supervisão, observação ou cuidado. É uma doença que persiste por períodos superiores a seis meses e não se resolve em um curto espaço de tempo. São exemplos de doença crônica: diabetes, doença de Alzheimer, hipertensão, asma, AIDS, doenças autoimunes, entre outras. As doenças crônicas acompanham o indivíduo durante um tempo relativo da sua vida e, em muitos casos não há cura, apenas tratamentos periódicos, tornando-se assim um agravante no bem-estar e qualidade de vida do indivíduo;

VIII - fluxograma: demonstração gráfica das rotinas de trabalho relacionada às atividades/competências desempenhadas pelas unidades executoras para efetivação desta Instrução Normativa;

IX - HÓRUS: Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica. Sistema que atua como estratégia de qualificação da gestão, contribuindo para a ampliação do acesso e a promoção do uso racional dos medicamentos essenciais;

X - material médico-clínico: materiais médicos, hospitalares, odontológicos, laboratoriais e medicamentos indispensáveis às atividades dos profissionais de saúde nesses ambientes. Produto para a saúde, tal como, equipamento, aparelho, material, artigo ou sistema de uso ou aplicação médica, odontológica ou laboratorial, destinada à prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação ou anticoncepção e que não utiliza meio farmacológico, imunológico ou metabólico para realizar sua principal função em seres humanos podendo, entretanto, ser auxiliado em suas funções por tais meios;

XI - medicamento: produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
PREFEITURA MUNICIPAL DE COLATINA

finalidade profilática, curativa, paliativa, de controle ou para fins de diagnóstico;

XII - profissional de saúde prescritor: cirurgião-dentista, enfermeiro e médico da rede de serviços municipal do SUS;

XIII - receita ou prescrição: é um documento escrito e dirigido ao farmacêutico, definindo qual o medicamento e como deve ser fornecido ao paciente, e a este, determinando as condições em que o medicamento deve ser utilizado. É efetuada por profissional devidamente habilitado;

XIV - relação municipal de medicamentos essenciais - REMUME: estabelece o elenco de medicamentos utilizados na Atenção Básica do município de Colatina;

XV - relação nacional de medicamentos essenciais - RENAME: é um instrumento oficial que norteia a definição das políticas públicas para o acesso aos medicamentos no âmbito do Sistema de Saúde brasileiro;

XVI - unidade de dispensação de medicamentos - UDM: ambiente localizado junto a um estabelecimento de saúde municipal onde ocorre a dispensação de medicamentos;

XVII - uso racional de medicamentos: ocorre quando o paciente recebe o medicamento apropriado à sua necessidade clínica, na dose correta, por um período de tempo adequado e ao menor custo, para si e para a comunidade.

CAPÍTULO IV DA BASE LEGAL E REGULARMENTAR

Art. 4º. A presente Instrução Normativa será executada com base nas disposições legais/normativas da Constituição Federal de 1988 (artigos 31, 70, 74 e 196 ao 200), Constituição Estadual (artigos 29, 70, 76, 77 e 159 ao 166), Lei Complementar 101/2000 (art. 59), Lei nº. 5.991/1973, Lei Complementar Municipal nº. 073/2013, Portaria SVS/MS nº 344/1998 (regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial e suas atualizações), Portaria SVS/MS nº 06/1999 (aprova a instrução normativa SVS/MS nº 344/1998), Portaria nº 533/2012 (elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME – no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS), Resolução RDC nº 20/2011 (Controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação); Portaria MS nº. 2583/2007 (elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo SUS, nos termos da Lei 11.347/2006, aos usuários portadores de Diabetes Mellitus), e Portaria GM/MS nº 1.555/2013 (Normas de financiamento de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS).

CAPÍTULO V DAS RESPONSABILIDADES



**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
PREFEITURA MUNICIPAL DE COLATINA**

Art. 5º. Da Secretaria Municipal de Saúde:

I - manter atualizada e orientar as UDM's, FMC, CAF e Almojarifado (unidades executoras) quanto a execução desta Instrução Normativa, supervisionando sua aplicação;

II - promover a divulgação e implementação desta Instrução Normativa;

III - disponibilizar os meios materiais para as unidades executoras, a fim de que essas possam cumprir as determinações previstas nesta Instrução Normativa.

Art. 6º. Das Unidades de Dispensação de Medicamentos e Farmácia Municipal Central (unidades executoras):

I - alertar a SEMUS sobre alterações que se fizerem necessárias nas rotinas de trabalho, objetivando sua otimização, tendo em vista, principalmente o controle e dispensação de medicamentos;

II - manter esta instrução Normativa à disposição de todos os funcionários/servidores públicos, zelando pelo fiel cumprimento da mesma;

III - cumprir fielmente as determinações contidas nesta Instrução Normativa, relacionadas ao controle e dispensação de medicamentos e ao controle e distribuição materiais médicos-clínicos nos estabelecimentos de saúde municipais;

IV - solicitar à SEMUS os meios materiais para as unidades executoras, a fim de que essas possam cumprir as determinações previstas nesta Instrução de Normativa;

V - cabe a FMC a responsabilidade por realizar o cadastramento de pacientes insulino-dependentes para fornecimento de insumos (seringas para aplicação de insulina, tiras e lancetas para punção digital).

Art. 7º. Da Central de Abastecimento Farmacêutico e Almojarifado (unidades executoras):

I - alertar a SEMUS sobre alterações que se fizerem necessárias nas rotinas de trabalho, objetivando sua otimização, tendo em vista, principalmente o acondicionamento, estoque, controle e distribuição dos medicamentos e materiais médico-clínico;

II - manter esta instrução normativa à disposição de todos os funcionários/servidores públicos, zelando pelo fiel cumprimento da mesma;

III - cumprir fielmente as determinações contidas nesta instrução normativa, relacionadas ao acondicionamento, estoque, controle e dispensação dos



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
PREFEITURA MUNICIPAL DE COLATINA

medicamentos e distribuição dos materiais médico-clínico;

IV - solicitar à SEMUS os meios materiais para as unidades executoras, a fim de que essas possam cumprir as determinações previstas nesta Instrução de Normativa;

V - realizar o correto armazenamento, controle de estoque e prazos de validade e a dispensação dos medicamentos e insumos do componente básico da assistência farmacêutica às UDM's e FMC;

VI - garantir o abastecimento da FMC e das UDM's instaladas junto às Unidades Básicas de Saúde com relação a dispensação de medicamentos.

CAPÍTULO VI DO CADASTRO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Art. 8º. Para proceder com a retirada de medicamentos nas UDM's e na FMC será necessária a realização do prévio cadastro do usuário, manualmente ou através do Sistema HÓRUS - Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica.

Art. 9º. Para a realização do cadastro de que trata o artigo anterior, o usuário ou seu representante legal deverá apresentar os seguintes documentos (do usuário):

I - cartão Nacional do SUS;

II - documento Oficial com foto (RG, Carteira de Habilitação ou Carteira de Trabalho);

III - comprovante de residência.

CAPÍTULO VII DA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Art. 10. Ao usuário será garantido o acesso universal e igualitário à Assistência Farmacêutica desde que satisfaça, cumulativamente, as condições abaixo:

I - estar assistido por ações e serviços de saúde do SUS;

II - ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;

III - estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos (REMUME);

IV- ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.



**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
PREFEITURA MUNICIPAL DE COLATINA**

Art. 11. Todas as prescrições de medicamentos da rede de serviços municipal do SUS para serem atendidas deverão ser precedidas de consulta, devidamente registrada em prontuário, sujeitas ao controle e avaliação nas supervisões técnicas e/ou auditorias de rotina.

Art. 12. Todas as prescrições de medicamentos deverão apresentar:

I - redação em letra legível, à tinta ou impressa, sem rasuras ou emendas;

II - identificação da unidade de atendimento;

III - nome completo do usuário;

IV - identificação dos medicamentos pela Denominação Comum Brasileira-DCB, em consonância com a legislação vigente, não sendo permitido o uso de abreviaturas e nome comercial;

V - concentração, forma farmacêutica, quantidade e posologia (dose, frequência e duração do tratamento) dos medicamentos;

VI - ser apresentada em 2 (duas) vias e prescritas em receituário padrão adotado pelo Município; e

VII - possuir data de emissão, assinatura e carimbo de identificação do prescritor legível, contendo número do registro no CRM, CRO ou COREN.

Parágrafo único. Caso a prescrição deixe de atender a um dos elementos exigidos nos incisos deste artigo, o servidor público responsável pela dispensação não entregará o medicamento ao usuário.

Art. 13. Para efeito de dispensação na rede municipal de saúde, as prescrições de medicamentos terão validade por 30 (trinta) dias, contados a partir da data de sua emissão, *exceto* prescrições de:

I - medicamentos pertencentes às classes terapêuticas-antibiótico-antimicrobianos: terão validade de 10 (dez) dias a partir da data de sua emissão, de acordo com o disposto em legislação específica vigente;

II - medicamentos pertencentes ao Programa de Hipertensão (para tratamento de hipertensão e diabetes) ou outras doenças crônicas (por exemplo: Asma, Osteoporose, Dislipidemia, Doença de Parkinson, Hipotireoidismo) com indicação de uso contínuo poderão ter validade por até 6 (seis) meses, e/ou observando o período de tratamento especificado no receituário médico, desde que não ultrapasse o período de máximo de 6 (seis) meses de tratamento;

III - medicamentos pertencentes a classe terapêutica - Talidomida: a Notificação de



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
PREFEITURA MUNICIPAL DE COLATINA

receita terá validade de 20 (vinte) dias a partir da data de sua emissão e somente dentro da unidade federativa onde foi emitida.

Art. 14. As prescrições de medicamentos emitidas por cirurgiões-dentistas deverão ater-se aos eventos que acometem sua área de atuação clínica e:

I - conter, no nível básico de atenção à saúde, medicamentos analgésicos não-opioides, antieméticos, anti-inflamatórios, anti-infecciosos (antibacterianos, antifúngicos, antivirais, antissépticos);

II - conter, se necessário, medicamentos ansiolíticos e analgésicos opioides, em situações relacionadas ao controle da dor odontológica ou sedação para realização de procedimentos odontológicos em pacientes atendidos em ambiente hospitalar ou no Centro de Especialidades Odontológicas - CEO.

Art. 15. As prescrições de medicamentos emitidas por enfermeiros deverão ater-se aos eventos que acometem sua área de atuação clínica e constantes no Programa de Saúde da Mulher e Planejamento Familiar e/ou ainda, estar descrito nos Protocolos do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. As prescrições de medicamentos emitidas por enfermeiros deverão ser realizadas em receituário próprio (Receituário de Enfermagem), obedecendo ao estabelecido nos Protocolos da Estratégia de Saúde da Família - ESF e legislação específica.

Art. 16. A prescrição dos medicamentos sujeitos a controle especial deverá observar o disposto em legislação específica, merecendo destaque as seguintes informações:

I - a Notificação de Receita deverá estar preenchida de forma legível, sendo a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura;

II - as prescrições por cirurgiões dentistas e médicos veterinários só poderão ser feitas quando para uso odontológico e veterinário, respectivamente.

SEÇÃO I NOTIFICAÇÃO DE RECEITA B (AZUL)

Art. 17. A Notificação de Receita "B" (**ANEXO II**), de cor azul, impressa as expensas do profissional ou da instituição, terá validade por um período de 30 (trinta) dias contados a partir de sua emissão e somente dentro da Unidade Federativa que concedeu a numeração.

Art. 18. A Notificação de Receita "B" poderá conter no máximo 5 (cinco) ampolas e, para as demais formas farmacêuticas, a quantidade para o tratamento correspondente no máximo a 60 (sessenta) dias.



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
PREFEITURA MUNICIPAL DE COLATINA

Art. 19. Acima das quantidades previstas na legislação vigente, o prescritor deve preencher uma justificativa contendo a Classificação Internacional de Doença - CID ou diagnóstico e posologia, datar e assinar, entregando juntamente com a Notificação de Receita "B" ao paciente para adquirir o medicamento em farmácia e drogaria.

SEÇÃO II
RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL (BRANCA CARBONADA)

Art. 20. O formulário da Receita de Controle Especial (**ANEXO III**), válido em todo o Território Nacional, deverá ser preenchido em 2 (duas) vias, manuscrito, datilografado ou informatizado, apresentando, obrigatoriamente, em destaque em cada uma das vias os dizeres: "1ª via - Retenção da Farmácia ou Drogaria" e "2ª via - Orientação ao Paciente".

Art. 21. Na receita de Controle Especial deverá estar escrita de forma legível, a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura e terá validade de 30 (trinta) dias contados a partir da data de sua emissão para medicamentos a base de substâncias constantes das listas "C1" (outras substâncias sujeitas a controle especial - Anexo) e "C5" (anabolizantes - Anexo) descritas na legislação sanitária vigente.

Art. 22. A prescrição poderá conter em cada receita, no máximo 3 (três) substâncias constantes da lista "C1" (outras substâncias sujeitas a controle especial) ou medicamentos que as contenham.

Art. 23. A quantidade prescrita de cada substância constante da lista "C1" (outras substâncias sujeitas a controle especial) ficará limitada a 5 (cinco) ampolas e para as demais formas farmacêuticas, a quantidade para o tratamento correspondente a no máximo 60 (sessenta) dias.

Art. 24. No caso de prescrição de substâncias ou medicamentos antiparkinsonianos e anticonvulsivantes, a quantidade ficará limitada até 6 (seis) meses de tratamento.

Art. 25. Acima das quantidades previstas, o prescritor deverá apresentar justificativa com o CID ou diagnóstico e posologia, datando e assinando as duas vias.

SEÇÃO III
NOTIFICAÇÃO DE RECEITA DE TALIDOMIDA

Art. 26. O medicamento à base de Talidomida poderá ser prescrito de acordo com as indicações listadas em legislação sanitária específica (Resolução RDC Nº 11, de 22/03/2011) e descritas na bula aprovada pela Anvisa.

Art. 27. A prescrição do medicamento Talidomida somente poderá ser realizada por médicos inscritos no Conselho Regional de Medicina (CRM).



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
PREFEITURA MUNICIPAL DE COLATINA

Art. 28. A prescrição de medicamentos à base de Talidomida deve ser realizada por meio de Notificação de Receita de Talidomida (**ANEXO IV**) acompanhada do Termo de Responsabilidade e Esclarecimento (**ANEXO V**).

§ 1º. A Notificação de Receita de que trata o *caput* deste artigo é individual e intransferível, devendo conter somente o medicamento Talidomida.

§ 2º. A Notificação de receita de que trata o *caput* deste artigo terá validade de 20 (vinte) dias, contados a partir da data de sua emissão e somente dentro da unidade federativa onde foi emitida.

§ 3º. A quantidade de Talidomida por prescrição, em cada Notificação de Receita, não poderá ser superior à necessária para o tratamento de 30 (trinta) dias.

Art. 29. O medicamento Talidomida somente poderá ser dispensado por farmacêutico e mediante a apresentação e retenção da Notificação de Receita de Talidomida e do Termo de Responsabilidade/Esclarecimento.

Art. 30. O farmacêutico, no ato da dispensação do medicamento Talidomida, deverá preencher os campos existentes na embalagem secundária do referido medicamento e orientar o paciente sobre o uso correto, conforme a prescrição médica e os riscos relacionados.

Art. 31. A primeira via da Notificação de Receita de Talidomida será devolvida ao paciente devidamente carimbada, como comprovante da dispensação, e a segunda via deverá ser retida pela unidade pública dispensadora.

Art. 32. O farmacêutico da unidade pública dispensadora somente poderá dispensar o medicamento Talidomida quando todos os itens da Notificação de Receita e do Termo de Responsabilidade e Esclarecimento estiverem devidamente preenchidos e legíveis.

Art. 33. É proibida a violação da embalagem secundária para a dispensação fracionada do medicamento Talidomida.

CAPÍTULO VIII DA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Art. 34. É direito de todo usuário retirar os medicamentos descritos em receituário adequado e emitido por profissional inserido no SUS (médicos, odontólogos, enfermeiros) em qualquer estabelecimento de saúde municipal de atendimento.

Art. 35. É proibido aos servidores públicos que laboram nas UDM's e Farmácia Municipal Central dispensar medicamentos:



**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
PREFEITURA MUNICIPAL DE COLATINA**

I - cuja posologia para o tratamento não possa ser concluída dentro do prazo de validade do medicamento dispensado;

II- para menores de 16 anos desacompanhados;

III - cujo receituário esteja ilegível ou que contenha rasuras, emendas, e/ou que possam induzir ao erro ou confusão;

IV - em prescrições não emitidas por serviços públicos de saúde.

Art. 36. As prescrições originadas em instituições públicas do SUS emitidas em outra municipalidade e/ou por Instituições Filantrópicas poderão ser atendidas, desde que o usuário comprove ser morador do município de Colatina, mediante a apresentação de comprovante de endereço no ato do fornecimento do medicamento.

Art. 37. Para o atendimento de prescrições que contenham medicamentos sujeitos a controle especial, a idade mínima exigida para a retirada do medicamento será de 18 anos, conforme o preconizado em legislação sanitária vigente.

Art. 38. A dispensação de medicamentos será realizada para o equivalente a 30 (trinta) dias de tratamento, e/ou obedecendo-se a posologia e a duração do tratamento definido pelo prescritor.

Art. 39. A dispensação de medicamentos pertencentes às classes terapêuticas listadas abaixo deverá levar em consideração as seguintes informações:

I - medicamentos pertencentes à classe terapêutica-antimicrobianos: serão dispensados de acordo com o disposto em legislação específica (Resolução RDC nº. 20 de 05/05/2011), podendo, em situações de tratamento prolongado, o mesmo receituário poder ser utilizado para aquisições posteriores, dentro de um período máximo de 90 (noventa) dias a contar da data de sua emissão. Nesta situação específica, a receita deverá conter a indicação de uso contínuo, com a quantidade a ser utilizada a cada 30 (trinta) dias, com a dispensação realizada em três entregas (para três meses de tratamento);

II - medicamentos pertencentes à classe terapêutica-analgésicos antitérmicos e anti-inflamatórios: serão dispensados de acordo com o período de tratamento especificado no receituário médico até o limite de 03 (três) frascos ou 20 (vinte) comprimidos, uma vez que os referidos medicamentos deverão ter sua utilização suspensa caso não seja observada a melhora dos sintomas em até 3 dias, ou ainda não seja observada a melhora após 24 horas de tratamento;

III - medicamentos sujeitos ao controle especial: serão dispensados obedecendo ao disposto em legislação específica vigente (Portaria nº. 344 de 12/08/1998 e suas atualizações e Resolução RDC nº. 11 de 22/03/2011);



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
PREFEITURA MUNICIPAL DE COLATINA

IV - medicamentos pertencentes ao Programa de Hiperdia (para tratamento de hipertensão e diabetes) ou outras doenças crônicas (por exemplo: Asma, Osteoporose, Dislipidemia, Doença de Parkinson, Hipotireoidismo) com indicação de uso contínuo: serão dispensados de acordo com a posologia definida pelo prescritor e para o equivalente a 30 (trinta) dias de tratamento. Neste caso, a dispensação posterior obedecerá a duração do tratamento especificada no receituário médico, desde que não ultrapasse o período de máximo de 6 (seis) meses de tratamento;

V - medicamentos - Insulina Humana NPH 100UI/mL e Insulina Humana Regular 100UI/mL: serão dispensados mediante apresentação de receituário médico atualizado emitido por instituições do SUS, em duas vias, e recipiente de isopor com gelo, uma vez que o referido medicamento possui características termolábeis e necessita de controle de temperatura adequado para garantir sua estabilidade e ação medicamentosa;

VI - medicamentos anti-retrovirais: serão dispensados de acordo com a posologia definida pelo prescritor e para o equivalente a 30 (trinta) dias de tratamento mediante a apresentação de formulário de solicitação de medicamentos específico junto ao Setor Específico – Centro de Testagem e Aconselhamento/CTA (**ANEXO VI**).

Art. 40. Fica padronizado que quando houver a prescrição de 01 (uma) caixa, serão dispensados 20 (vinte) comprimidos/cápsulas.

Art. 41. Cada medicamento da receita que foi aviado deve receber o carimbo de fornecimento, ser datado e ser especificada a quantidade aviada.

Art. 42. É de responsabilidade da esfera municipal, através da FMC, o fornecimento de seringas com agulha acoplada para aplicação de insulina exógena destinada apenas aos usuários insulino dependentes, de acordo com o disposto definido na Portaria nº 2583/GM/MS/2007.

§ 1º. Para o fornecimento das referidas seringas, o usuário ou seu representante deverá apresentar obrigatoriamente o receituário médico atualizado (para fins de comprovação de que o paciente é dependente de insulina do tipo exógena) e as seringas utilizadas anteriormente, acondicionadas em dispositivo adequado (rígido e resistente à ruptura), a fim de evitar acidentes, bem como dar destinação adequada a este tipo de resíduo infectante.

§ 2º. O quantitativo de seringas fornecidas será realizado de acordo com o tipo de insulina utilizada, sendo o limite máximo de 30 unidades mensais para os pacientes que utilizam Insulina Humana NPH 100UI/mL; já para os pacientes que utilizam concomitantemente a Insulina Humana NPH 100UI/mL e Insulina Humana Regular 100UI/mL, será fornecido o quantitativo de 60 unidades mensais (O Ministério da Saúde - Caderno de Atenção Básica Sobre Diabetes Mellitus recomenda a



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
PREFEITURA MUNICIPAL DE COLATINA

reutilização das seringas por até oito vezes).

Art. 43. É vedado o recebimento e a dispensação aos usuários de amostras-grátis de medicamentos pela FMC e/ou por qualquer UDM, em atendimento ao preconizado em legislação sanitária vigente.

Art. 44. É proibida toda e qualquer dispensação de medicamentos que contrarie as normas legais, sanitárias e técnicas estabelecidas neste manual.

CAPÍTULO IX DO CONTROLE E ABASTECIMENTO

SEÇÃO I DA ELABORAÇÃO DOS PEDIDOS DE COMPRA DE MEDICAMENTOS

Art. 45. No desempenho da função de elaboração dos pedidos de compra de medicamentos, compete aos farmacêuticos localizados na CAF:

I - verificar a quantidade de medicamentos em estoque e duração do mesmo;

II - realizar semestralmente compras utilizando o sistema de registro de preços- SRP da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo - SESA ou Licitação Municipal para aquisição de medicamentos.

SEÇÃO II DO RECEBIMENTO DE MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS

Art. 46. No desempenho da função de recebimento de medicamentos adquiridos, compete aos farmacêuticos e servidores técnicos (capacitados), localizados no CAF:

I - conferir junto ao almoxarifado da SEMUS os medicamentos entregues pela distribuidora e que dizem respeito à Assistência Farmacêutica do município, observando o quantitativo, marca, lote e validade do medicamento fornecido através da Autorização de Fornecimento de Medicamentos- AFM em mãos;

II - realizar segunda conferência na CAF;

III - realizar a entrada do medicamento no estoque, utilizando-se o Sistema HÓRUS - Sistema de Gestão da Assistência Farmacêutica disponibilizado pelo Ministério da Saúde;

IV - realizar a entrada do medicamento nos Livros C1 e B1, quando tratar-se de Medicamentos Sujeitos ao Controle Especial descritos na Portaria nº. 344/1998 do Ministério da Saúde;

V - armazenar os medicamentos recebidos em seus devidos lugares, observando-se



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
PREFEITURA MUNICIPAL DE COLATINA

a temperatura ideal de armazenamento do ambiente (15 a 30°C). Com relação aos medicamentos termolábeis, os mesmos deverão ser armazenados sob refrigeração (8 a 15°C).

SEÇÃO III DA PRODUÇÃO DAS REMESSAS DE MEDICAMENTOS

Art. 47. No desempenho da função de produção das remessas de medicamentos, compete aos farmacêuticos e servidores técnicos (capacitados), localizados na CAF:

I - imprimir as requisições de saída em duas vias, sendo uma para arquivamento na CAF e outra para controle, conferência e arquivamento nas respectivas unidades de atendimento;

II - realizar a remessa de medicamentos referente ao quantitativo de consumo mensal, de acordo com a demanda de cada UDM via HÓRUS, que seleciona o medicamento por validade e lote;

III - caso ocorra devolução de medicamentos pelo estabelecimento de saúde municipal, realizar a conferência juntamente com o Termo de Devolução (preenchido em duas vias), sendo que a primeira via assinada ficará armazenada na CAF e a segunda enviada ao estabelecimento de saúde municipal;

IV - receber o Relatório Mensal de Medicamentos (em duas vias) de todas as UDM's incluindo CRAI, CTA, CAPS II e FMC nas datas: dia 1º ao dia 10 de cada mês. A segunda via deverá retornar ao estabelecimento de saúde municipal para arquivamento;

V - conferir os Relatórios de Medicamentos, utilizando-se o relatório e a remessa do mês anterior, observando a quantidade da saída, estoque atual e validade;

VI - se necessário, entrar em contato com o responsável pelo relatório, para averiguação de possíveis erros, bem como, haja necessidade de remanejamento de medicamentos para outras unidades a fim de evitar perdas relacionadas ao vencimento de produtos.

SEÇÃO IV DA SEPARAÇÃO DAS REMESSAS DE MEDICAMENTOS

Art. 48. No desempenho da função de separação das remessas de medicamentos, compete aos servidores técnicos (capacitados), localizados na CAF:

I - separar os medicamentos de acordo com as Requisições de Saída emitidas para cada estabelecimento de saúde municipal;

II - observar com atenção a quantidade e lote do medicamento que está descrito na



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
PREFEITURA MUNICIPAL DE COLATINA

Requisição de Saída;

III - em caso de inconformidades nas Requisições de Saída com o estoque da CAF, solicitar auxílio do farmacêutico responsável;

IV - identificar adequadamente as caixas (volumes) de medicamentos que serão encaminhadas aos estabelecimentos de saúde municipal.

SEÇÃO V DA ENTREGA DO MEDICAMENTO NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Art. 49. No desempenho da função de entrega do medicamento na Unidade Básica de Saúde, compete aos servidores técnicos (capacitados), localizados na CAF:

I - realizar a distribuição de medicamentos junto aos estabelecimentos de saúde municipais a partir do 1º ao 10º dia de cada mês, respeitando a ordem de chegada do relatório mensal de medicamentos dos estabelecimentos de saúde municipais na CAF;

II - solicitar a assinatura da 1ª via da requisição de saída pelo servidor responsável pelo recebimento dos medicamentos junto aos estabelecimentos de saúde municipais;

III - orientar ao servidor responsável pelo recebimento dos medicamentos a conferência imediata dos medicamentos recebidos junto à Requisição de Saída;

IV - em caso de não conformidade do medicamento fornecido com o quantitativo descrito na remessa, comunicar imediatamente à CAF.

Art. 50. Os pedidos extras ou que extrapolem as quantidades de rotinas, feitos pelas Unidades Básicas de Saúde à Central de Abastecimento Farmacêutico e ao Almoarifado (materiais médicos-clínicos), deverá ser acompanhada de uma justificativa, estipulando uma previsão referente ao consumo excessivo.

Art. 51. Caso a Central de Abastecimento Farmacêutico e o almoarifado não possam atender ao pedido na sua totalidade os mesmos enviarão justificativas à Unidade Básica de Saúde.

SEÇÃO VI DA ORGANIZAÇÃO E AJUSTE DO ESTOQUE DA CAF

Art. 52. No desempenho da função de organização e ajuste do estoque da CAF, compete aos farmacêuticos e servidores técnicos (capacitados) localizados na CAF:

I - verificar mensalmente o estoque da CAF em relação ao Sistema HÓRUS,



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
PREFEITURA MUNICIPAL DE COLATINA

- II - verificar a validade, quantidade, lote;
- III - retirar do estoque os medicamentos danificados, vencidos;
- IV - realizar o ajuste de estoque no Sistema Hórus de acordo com o estoque na CAF, se necessário;
- V - remanejar os medicamentos que estão com validade próxima do vencimento (através de trocas e empréstimos com outros municípios), com o objetivo de evitar perdas por vencimento, procedimento realizado somente pelo Farmacêutico;
- VI - realizar a saída de medicamentos no livro C1 e B1 descritos na portaria 344/MS.

CAPÍTULO X DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art. 53. Aplicam-se os procedimentos previstos nesta Instrução Normativa, no que couber, ao almoxarifado da Secretaria Municipal de Saúde que é o responsável pelo controle e distribuição do material médico-clínico para as unidades básicas de saúde.

Art. 54. A inobservância das tramitações e procedimentos de rotina estabelecidos nesta instrução normativa, sem prejuízo das orientações e exigências do TCE/ES relativas ao assunto, sujeitará os responsáveis às sanções legais cabíveis.

Art. 55. Esta Instrução Normativa deverá ser atualizada sempre que fatores organizacionais, legais e/ou técnicos assim exigirem, a fim de verificar a sua adequação aos requisitos da Instrução Normativa SCI nº 001/2013, bem como manter o processo de melhoria contínua dos serviços públicos municipais.

Art. 56. Esta Instrução Normativa entrará em vigor na data de sua publicação.

Colatina/ES, 31 de março de 2014.

DÉBORA GATTI CARVALHO
Secretária Municipal de Saúde - em exercício



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
PREFEITURA MUNICIPAL DE COLATINA

ANEXO I

LISTA - B1 (Sujeitas a Notificação de Receita "B")
LISTA DAS SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS *

1. Clonazepam
2. Diazepam
3. Fenobarbital (OBS.: os medicamentos que contenham esta substância ficam sujeitos a prescrição da Receita de Controle Especial, em duas vias).

** Estão descritos nesta lista, apenas os medicamentos disponibilizados pelo município de Colatina-ES.*

LISTA - C1 (Sujeitas a Receita de Controle Especial em duas vias)
LISTA DAS OUTRAS SUBSTÂNCIAS SUJEITAS A CONTROLE ESPECIAL *

1. Ácido valpróico
2. Amitriptilina
3. Biperideno
4. Carbamazepina
5. Carbonato de lítio
6. Clomipramina
7. Clorpromazina
8. Fenitoína
9. Fluoxetina
10. Haloperidol
11. Valproato de sódio

** Estão descritos nesta lista, apenas os medicamentos disponibilizados pelo município de Colatina-ES.*

LISTA - C3 (Sujeita a Notificação de Receita Especial)
LISTA DE SUBSTÂNCIAS IMUNOSSUPRESSORAS *

1. Talidomida

LISTA - C4 (Sujeitas a Receituário do Programa da DST/AIDS)
LISTA DAS SUBSTÂNCIAS ANTI-RETROVIRAIS *

- | | |
|------------------|------------------------|
| 1. Abacavir | 8. Lamivudina |
| 2. Atazanavir | 9. Lopinavir+Ritonavir |
| 3. Darunavir | 10. Nevirapina |
| 4. Didanosina | 11. Raltegravir |
| 5. Efavirenz | 12. Ritonavir |
| 6. Enfuvirtida | 13. Saquinavir |
| 7. Fosamprenavir | 14. Tenofovir |



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
PREFEITURA MUNICIPAL DE COLATINA

15. Zidovudina+Lamivudina

16.

Zidovudina

ANEXO II - NOTIFICAÇÃO DE RECEITA B

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		Medicamento ou Substância	
UF	NÚMERO	B			
				Quantidade e Forma Farmacêutica	
____/____/____		Paciente: _____		Dose por Unidade Posológica	

		Endereço: _____		Posologia	

Assinatura do Emissor		_____			
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR			CARIMBO DO FORNECEDOR		
Nome: _____					
Endereço: _____					
Telefone: _____					
Identidade Nº: _____ Órgão Emissor: _____					
Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CGC			Nome do Vendedor _____ Data _____		
			Numeração desta impressão: de _____ a _____		



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
PREFEITURA MUNICIPAL DE COLATINA

ANEXO III - RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL									
<table border="1"><thead><tr><th>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</th></tr></thead><tbody><tr><td>Nome Completo: _____</td></tr><tr><td>CRM: _____ UF: _____ Nº: _____</td></tr><tr><td>Endereço Completo e Telefone: _____</td></tr><tr><td>Cidade: _____ UF: _____</td></tr></tbody></table>	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	Nome Completo: _____	CRM: _____ UF: _____ Nº: _____	Endereço Completo e Telefone: _____	Cidade: _____ UF: _____	1ª VIA FARMÁCIA 2ª VIA PACIENTE			
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE									
Nome Completo: _____									
CRM: _____ UF: _____ Nº: _____									
Endereço Completo e Telefone: _____									
Cidade: _____ UF: _____									
Paciente: _____									
Endereço: _____									
Prescrição: _____									

<table border="1"><thead><tr><th>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</th></tr></thead><tbody><tr><td>Nome: _____</td></tr><tr><td>Ident.: _____ Org. Emissor: _____</td></tr><tr><td>End.: _____</td></tr><tr><td>Cidade: _____ UF: _____</td></tr><tr><td>Telefone: _____</td></tr></tbody></table>	IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	Nome: _____	Ident.: _____ Org. Emissor: _____	End.: _____	Cidade: _____ UF: _____	Telefone: _____	<table border="1"><thead><tr><th>IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</th></tr></thead><tbody><tr><td>ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA _____</td></tr></tbody></table>	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA _____
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR									
Nome: _____									
Ident.: _____ Org. Emissor: _____									
End.: _____									
Cidade: _____ UF: _____									
Telefone: _____									
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR									
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA _____									



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
PREFEITURA MUNICIPAL DE COLATINA

ANEXO IV - NOTIFICAÇÃO DE RECEITA DE TALIDOMIDA



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
PREFEITURA MUNICIPAL DE COLATINA

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA DE TALIDOMIDA

Notificação de Receita de Talidomida			"Proibida para mulheres grávidas ou com chance de engravidar"
UF	NÚMERO		"Talidomida causa o nascimento de crianças sem braços e sem pernas"
CID			

1 - IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO	
Nome: _____	Nº. do Cadastro: _____
End.: _____	
Especialidade: _____	
C.P.F.: _____	C.R.M.: nº: _____ UF: _____
Data: ____/____/____	
Assinatura e Carimbo	

2 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome: _____	
Data de Nascimento: ____/____/____	Sexo: _____ Telefone (se houver): _____
Endereço: _____	
Documento Oficial de Identificação nº: _____	Órgão emissor: _____

3 - IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE (SE FOR O CASO)	
Nome: _____	
Endereço: _____	Telefone (se houver): _____
Documento Oficial de Identificação nº: _____	Órgão emissor: _____

4 - IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO	
Quantidade de comprimidos (em algarismos arábicos e por extenso): _____	
Dose por Unidade Posológica: (Ex.: 100mg) _____	
Posologia: _____	
Tempo de tratamento: _____	
Outras orientações (se houver): _____	

5 - DADOS SOBRE A DISPENSAÇÃO	
Quantidade (Comprimidos.): _____	nº do lote: _____
Nome do Farmacêutico Dispensador: _____	CRF nº: _____
Assinatura e Carimbo do Responsável Técnico	
Data	

6- CARIMBO DA UNIDADE PÚBLICA DISPENSADORA (nome, endereço completo e telefone)
--

Identificação da Gráfica: nome, endereço, CNPJ e nº da autorização concedido pela Autoridade Sanitária Competente.

(2 Vias) 1ª via: paciente; 2ª via: unidade pública dispensadora



**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
PREFEITURA MUNICIPAL DE COLATINA**



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
PREFEITURA MUNICIPAL DE COLATINA

ANEXO V - TERMO DE RESPONSABILIDADE TALIDOMIDA

TERMO DE RESPONSABILIDADE / ESCLARECIMENTO PARA MULHERES COM MAIS DE 55 ANOS DE IDADE OU PARA HOMENS DE QUALQUER IDADE

A ser preenchido pelo (a) médico (a):

Eu, Dr.(a) _____ registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado _____ sob o número _____ sou o responsável pelo tratamento e acompanhamento de(a) paciente _____ do sexo masculino feminino com idade de _____ anos completos, com diagnóstico de _____ para quem estou indicando o medicamento à base de talidomida.

1. Informe verbalmente ao paciente que este produto tem alto risco de causar graves defeitos congênitos no corpo das bebês de mulheres que o utilizam na gravidez, que não evita filhos e que não provoca aborto. Portanto somente pode ser utilizado por ela (a). Não pode ser passado para nenhuma outra pessoa.
2. Informe verbalmente também que a talidomida pode causar problemas como sonolência, neuropatia periférica e pseudo abdome agudo.
3. Informe verbalmente ao paciente que poderá ser responsabilizado (a) na justiça, caso repasse o medicamento a base de talidomida a outra pessoa; deixe alguém tomar este medicamento no seu lugar ou use-o indevidamente.
4. Informe que o medicamento deve ser guardado em local seguro.
5. Recomende ao paciente do sexo masculino que utilize preservativo durante todo o tratamento com Talidomida e 30 (trinta dias) após o término e que informe a sua parceira e familiares o potencial risco da droga.
6. Informe que em caso de interrupção do uso deste medicamento, por qualquer motivo, este deve ser entregue à Autoridade Sanitária competente que providenciará a inutilização.
7. Certifique-me que o (a) paciente compreendeu as informações acima descritas.

Assinatura e carimbo do (a) médico (a): _____ C.R.M.: _____ Data: ____/____/____

A ser preenchido pelo (a) paciente:

Eu, _____ Carteira de Identidade nº _____

Órgão Expedidor _____ residente na rua _____

Cidade _____ Estado _____ e telefone _____

Recebi pessoalmente as informações do prescritor sobre o tratamento e:

NÃO CONCORDO COM O TRATAMENTO E NÃO UTILIZAREI A TALIDOMIDA

Assinatura: _____

CONCORDO que vou fazer e declaro que entendi as orientações prestadas. Entendo que este remédio é só meu e que não devo passá-lo para ninguém.

Assinatura: _____

Nome e Assinatura do responsável caso o (a) paciente seja menor de 18 anos, analfabeto, incapaz ou impossibilitado de locomoção:

Eu, _____, R.G. _____, órgão expedidor _____,

responsável pelo (a) paciente _____, comprometo-me a repassar todas estas orientações do prescritor ao (a) paciente e estou ciente da minha responsabilidade solidária de evitar o uso indevido do medicamento.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
PREFEITURA MUNICIPAL DE COLATINA



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
PREFEITURA MUNICIPAL DE COLATINA

TERMO DE RESPONSABILIDADE / ESCLARECIMENTO PARA
PACIENTES DO SEXO FEMININO, MENORES DE 55 ANOS DE IDADE

A ser preenchido pelo (a) médico (a):

1. Informe verbalmente a paciente, com diagnóstico de _____, que o medicamento a base de talidomida tem altíssimo risco de causar deficiências graves no corpo do bebê se for consumido pela mãe durante a gravidez. Estas deficiências ocorrem no período bem inicial de formação do bebê, quando a maioria das mulheres ainda não sabe que está grávida.
2. Informe verbalmente à paciente que a talidomida pode causar sonolência, neuropatia periférica e pseudo-âbdomo agudo; que a talidomida não provoca aborto e não evita filhos e que não deve passar este medicamento para ninguém.
3. Explique verbalmente que como este remédio fica no corpo durante algum tempo após o tratamento e pode causar defeitos em bebês mesmo quando ela já terminou o tratamento, ela deve aguardar 30 dias antes de tentar engravidar após terminar o tratamento com talidomida.
4. Informe verbalmente à paciente que poderá ser responsabilizada na justiça, caso repasse o medicamento a base de talidomida a outra pessoa, deixe alguém tomar este medicamento no seu lugar ou use-o indevidamente.
5. Informe que o medicamento deve ser guardado em local seguro.
6. Conclua, por meio de teste de gravidez de **ALTA SENSIBILIDADE** (que detecta gravidez desde o primeiro dia de atraso menstrual), que a paciente não está grávida.
Data do Teste: _____ Resultado: _____
Nome do laboratório onde foi realizado o teste: _____
7. Certifique-me que a paciente está utilizando 2 (dois) métodos para evitar gravidez altamente eficazes, sendo um deles de barreira.
Métodos anticoncepcionais em uso: _____ Data do início: _____
8. Informe a paciente que o seu parceiro deve usar preservativo nas relações sexuais ocorridas durante o tratamento.
9. Solicite à paciente que me mantenha sempre informado (a) sobre as reações adversas à medicação, ou sobre qualquer problema com a anticoncepção durante o tratamento, retornando à consulta periodicamente conforme estabelecido.
10. Informe verbalmente a paciente que caso venha a suspeitar que esteja grávida, deverá parar imediatamente o tratamento e me procurar.
11. Informe que em caso de interrupção do uso deste medicamento, por qualquer motivo, este deve ser entregue à Autoridade Sanitária competente que providenciará a inutilização.
12. Certifique - me que a paciente compreendeu todas as informações por mim prestadas.

Assinatura e Carimbo do (a) Médico (a): _____ C.R.M.: _____

A ser preenchido pela paciente:

Eu, _____ Carteira de Identidade nº _____

Orgão Expedidor _____ residente na rua _____

Cidade _____ Estado _____ e telefone _____

recebi pessoalmente as informações do prescritor sobre o tratamento e:

NÃO CONCORDO COM O TRATAMENTO E NÃO UTILIZAREI A TALIDOMIDA

Assinatura: _____

CONCORDO que vou fazer o tratamento e declaro que recebi pessoalmente as informações sobre o tratamento que vou fazer e declaro que entendi as orientações prestadas e me comprometo a cumprir as medidas para evitar a gravidez durante o tratamento e no prazo previsto no item 3, após o tratamento. Entendo que este remédio é só meu e que não devo passá-lo para ninguém.

Assinatura: _____

Nome e Assinatura do responsável caso a paciente seja menor de 18 anos, analfabeta, incapaz ou impossibilitada de assinatura:

Eu, _____, R.G. _____, órgão expedidor _____, responsável

pelo paciente _____, comprometo-me a repassar todas estas orientações do prescritor à paciente

e estou ciente de minha responsabilidade solidária de evitar o uso indevido do medicamento.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____



ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
PREFEITURA MUNICIPAL DE COLATINA

ANEXO VI - FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS ANTI-RETROVIRAIS

Formulário de Solicitação de Medicamentos			
1 - Nome do usuário (No caso de Recém-Nascido informe o nome da mãe)			
2 - Nº de Fronteirão			
3 - Peso () 60 kilos ou + () - de 60 kilos		4 - Número de dias para dispensa de exposição	5 - Este formulário vale para: <input type="checkbox"/> 1 dispensa <input type="checkbox"/> 2 dispensas
6 - Categoria do Usuário <input type="checkbox"/> Gestante HIV + <input type="checkbox"/> Recém-nascido de mãe HIV + <input type="checkbox"/> Parturiente <input type="checkbox"/> Aids - Adulto <input type="checkbox"/> Aids - Criança		7 - Motivo para mudança no tratamento antirretroviral (TARV) <input type="checkbox"/> Falha terapêutica clínica <input type="checkbox"/> Falha terapêutica laboratorial <input type="checkbox"/> Gestação (contra-indicação do esquema ARV em uso) <input type="checkbox"/> Co-infecção com tuberculose <input type="checkbox"/> Reação(s) adversa(s) a (os) ARV: _____ <input type="checkbox"/> Reação(s) adversa(s) a (os) medicamento(s) _____ <input type="checkbox"/> Outro - especificar: _____	
8 - Semanas de gestação		9 - Genótipo(s): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	10 - Início de Tratamento? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
12 - Data de Nascimento da Parturiente/mãe do RN/Exposto		13 - Data de exposição	
14 - Realizou PPD: () SIM () NÃO Data da realização: ____/____/____ Resultado: () <5 mm () >= 5 mm			
15 - Foi indicada GP: () SIM () NÃO Data da indicação: ____/____/____			
16 - Caso indicado GP com PPD < 5 mm: () Contato com paciente bacilífero () Presença de cicatriz radiológica			
17 - Retirou o medicamento?			
18 - Medicamentos (Preencher no quadrículo a QUANTIDADE de comp/caps/ml, que deve ser usada diariamente)			
19 - Médico Data: ____/____/____ CRM: _____ (assinatura e assinatura)			
20 - Farmacêutico responsável Data: ____/____/____ CRF: _____ (assinatura e assinatura)			
21 - 1ª dispensa - Recebi em ____/____/____ (assinatura do usuário)			
21 - 2ª dispensa - Recebi em ____/____/____ (assinatura do usuário)			

Formulário de preenchimento obrigatório conforme RDC, nº 36 da Anvisa, de 12 de maio de 1998, 05/038/1998, publicada no D.O.U. de 13 de maio de 1998.



**ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
PREFEITURA MUNICIPAL DE COLATINA**
