



Diário Oficial

Nº 11.642 - Ano XLVI

Terça-feira, 18 de julho de 2017

Prefeitura Municipal de Campinas
www.campinas.sp.gov.br

Suplemento

PODER EXECUTIVO

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PORTARIA Nº 09 DE 19 DE JUNHO DE 2017

O Secretário Municipal de Saúde, no uso de suas atribuições, e

RESOLVE:

Artigo 1º - Aprovar o **MANUAL DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA** na forma no ANEXO I

Artigo 2º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Campinas, 19 de junho de 2017

DR. CARMINO ANTONIO DE SOUZA

Secretário Municipal de Saúde

EXPEDIENTE

O Diário Oficial do Município de Campinas (Lei Nº 2.819/63) é uma publicação da Prefeitura Municipal de Campinas Site: www.campinas.sp.gov.br

CONTEÚDO

O conteúdo publicado é de inteira responsabilidade das Secretarias e órgãos públicos emissores. Qualquer dúvida ou solicitação de errata deverá ser encaminhada diretamente ao órgão emissor. Para informações sobre como contatar o órgão emissor, ligue para 156 - Serviço de Atendimento ao Cidadão.

ACERVO

Edições posteriores a 22 de fevereiro de 2002 estão disponíveis para consulta na Internet no seguinte endereço: <http://www.campinas.sp.gov.br/diario-oficial/> Para acessar Suplementos, utilize o seguinte endereço: <http://www.campinas.sp.gov.br/diario-oficial/suplementos.php> Edições anteriores a 22 de fevereiro de 2002 deverão ser pesquisadas junto à Biblioteca Pública Municipal "Professor Ernesto Manoel Zink" (Avenida Benjamin Constant, 1.633, Centro, telefone: 2116-0423)

CERTIFICAÇÃO DIGITAL

Esta publicação é Certificada Digitalmente, acesse o guia de Certificação Digital: <http://www.campinas.sp.gov.br/diario-oficial/guia.php> . Caso haja necessidade de cópias autenticadas em papel, contate a IMA, no endereço abaixo.

IMPRENSA OFICIAL

Edição, Diagramação e Publicação Eletrônica: IMA - Informática de Municípios Associados S/A, responsável pela Imprensa Oficial do Município de Campinas e-mail: diario.oficial@ima.sp.gov.br - site: www.ima.sp.gov.br Informações pelo Fone/Fax: (19) 3755-6533 ou na Rua Bernardo de Sousa Campos, 42, Ponte Preta, Campinas/SP.

Recebimento de conteúdo para publicação até as 17 horas do dia anterior.

ANEXO I

**MANUAL DE
PROCEDIMENTOS
OPERACIONAIS PADRÃO
(POP) DA ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA**

Ficha técnica

Prefeito Municipal de Campinas

Jonas Donizette

Secretário Municipal de Saúde

Cármino Antônio de Souza

Departamento de Saúde

Mônica Regina Prado de Toledo Macedo Nunes

Coordenação Municipal de Assistência Farmacêutica

Salete Castelli Girardi

Distrito de Saúde Leste

Marco Aurélio Gianezzi

Distrito de Saúde Noroeste

Vera Elisa de Oliveira

Distrito de Saúde Norte

Rosana Maria Von Zuben Pacchi

Distrito de Saúde Sudoeste

Deise Fregni Hadich

Distrito de Saúde Sul

Antonio Ângelo Corte

Grupo Técnico da Assistência Farmacêutica

Catarina Savastano – Farmacêutica Distrito de Saúde Leste

Daiane Martello – Farmacêutica Distrito de Saúde Leste

Elisa Regina do Nascimento – Técnica em Farmácia – Distrito de Saúde Sudoeste

Fernando Ricardo Baú – Farmacêutico Distrito de Saúde Norte

Larissa Vannucchi Candreva – Técnica em Farmácia – Departamento de Saúde

Lindyanne Lemos Gonçalves Queiroz – Farmacêutica Distrito Noroeste

Luciana Carrasco Cantareiro – Farmacêutica Distrito de Saúde Sul

Márcia Beatriz S. A. Ferreira – Farmacêutica CS Santa Lúcia

Maria do Carmo Foschini Buzá Ferreira – Farmacêutica Distrito de Saúde Sudoeste

Rodrigo César Maure – Farmacêutico Distrito de Saúde Sul

Salete Castelli Girardi – Farmacêutica Departamento de Saúde

Colaboradores

André Ricardo Ribas Freitas – Médico DEVISA

Cléria Maria Moreno Giraldele – Farmacêutica DEVISA

Cledimilla Fernandes de Oliveira – Estagiária – Departamento de Saúde – SMS

Danilo Mendes da Cruz – Estagiário – Departamento de Saúde – SMS

Dinah Teru Tuboi Godin Galbes – Engenheira Sanitarista

Eduarda Teciano dos Santos – Farmacêutica CS Pedro Aquino

Fernanda Roberto – Estagiária – Departamento de Saúde – SMS

Francisco Novales Segura – Farmacêutico Farmácia Popular II

Ivanilda Mendes – Tecnóloga em Saneamento Ambiental

Karine Gomes Vieira – Farmacêutica PA Campo Grande

Luiz Henrique Sá e Silva Júnior – Farmacêutico CS Centro

Noéle Perussi Oliveira – Estagiária Distrito de Saúde Leste

Rafael Souza Santos – Farmacêutico CS Ipaussurama

Rosalice Carvalho de Castro – Enfermeira DEVISA

Valéria Correia de Almeida – Médica DEVISA

Verônica Batista Gomes Leitão – Farmacêutica CS DIC1

Agradecimentos

À Diretora do Departamento de Saúde, Mônica Regina Prado de Toledo Macedo Nunes, pelo incentivo e apoio para a elaboração do presente trabalho.

Aos Diretores Distritais pela disponibilização dos farmacêuticos que fazem parte do grupo técnico da Assistência Farmacêutica.

Ao grupo técnico da Assistência Farmacêutica pelo empenho dedicado à elaboração desse trabalho.

Ao enfermeiro Gerson Reis (Departamento de Saúde) pela excelência no trabalho de formatação desse manual.

À Silvia Nicolau pelo paciente trabalho de revisão da redação.

À Maria Elisa Amaral Moreira Bertonha pelos anos de dedicação na Coordenação da Assistência Farmacêutica no Departamento de Saúde no Município de Campinas-SP.

Aos colaboradores que contribuíram para que o resultado desse trabalho pudesse ser mais detalhado e completo.

Apresentação

O Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) aqui apresentado foi elaborado com o intuito de padronizar os processos de trabalho desenvolvidos pelas farmácias dos Serviços de Saúde do SUS-Campinas.

Esse manual é um documento vivo, que deve continuar sendo escrito e reescrito, sempre objetivando melhorar os processos e adequar as padronizações de modo a permitir que todas as unidades se beneficiem desse trabalho.

A padronização operacional é etapa fundamental à melhoria dos serviços prestados e basicamente esse é o resultado final que esperamos atingir– prestação de serviços de saúde à população com eficiência e qualidade.

Saete Castelli Girardi
Coordenação Municipal de Assistência Farmacêutica
Departamento de Saúde/SMS/PMC

1	REVISÃO DE COTAS.....	1-9
2	SOLICITAÇÃO DE MATERIAL – BEC	2-11
3	REALIZAÇÃO DE PEDIDO EVENTUAL.....	3-13
4	RECEBIMENTO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS	4-15
5	ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS	5-18
6	REMANEJAMENTO	6-20
7	DISPENSAÇÃO	7-22
8	MEDICAMENTOS DA PORTARIA 344.....	8-25
9	MEDICAMENTOS ANTIBIÓTICOS	9-28
10	TALIDOMIDA	10-31
11	TRATAMENTO DA TOXOPLASMOSE	11-46
12	TRATAMENTO DA TUBERCULOSE.....	12-49
13	ISONIAZIDA 100 MG COMPRIMIDO	13-53
14	ISONIAZIDA SUSPENSÃO.....	14-56
15	TRATAMENTO DA ESQUISTOSSOMOSE.....	15-58
16	TRATAMENTO E QUIMIOPROFILAXIA DA HANSENÍASE	16-60
17	DAPSONA.....	17-65
18	CLORANFENICOL	18-67
19	METILFENIDATO	19-69
20	LACTULOSE	20-71
21	FÁRMACOS E INSUMOS ANTITABAGISMO	21-73
22	LEITE PARA MÃES PORTADORAS DO HIV	22-79
23	MEDICAMENTOS PARA ABORDAGEM SINDRÔMICA.....	23-82
24	RIFAMPICINA – INFECÇÃO DE PRÓTESE ORTOPÉDICA E OSTEOMIELOITE.....	24-85
25	SOLICITAÇÃO E DISPENSAÇÃO DE FITOTERÁPICOS – BOTICA DA FAMÍLIA	25-88
26	FARMÁCIA POPULAR	26-103
	Procuração exclusiva para acesso aos medicamentos gratuitos do Programa Farmácia Popular do Brasil.....	26-110
27	MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - ALTO CUSTO	27-111
28	PROGRAMA REMÉDIO EM CASA	28-113
29	MEDICAMENTOS E MATERIAIS PARA PACIENTES ACAMADOS	29-119
30	MEDICAMENTOS NÃO PADRONIZADOS NA REDE PÚBLICA	30-122
31	LIMPEZA DO REFRIGERADOR.....	31-124
32	LIMPEZA DA FARMÁCIA	32-126
33	LIMPEZA BINS E PRATELEIRAS	33-129
34	GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE MEDICAMENTO COMUM VENCIDO OU INUTILIZADO	34-132
35	GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE MEDICAMENTO CONTROLADO VENCIDO OU INUTILIZADO.....	35-152
36	DESCARTE DE RESÍDUOS CONTENDO MERCÚRIO – AMÁLGAMA	36-164
37	DESCARTE DE RESÍDUOS CONTENDO MERCÚRIO – TERMÔMETRO	37-166
38	DESCARTE DE PILHAS E BATERIAS.....	38-168
39	FRACIONAMENTO DE MEDICAMENTOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE ..	39-170
40.	TRATAMENTO PARA O ALÍVIO DOS SINTOMAS DE LÚPUS	39-175
41.	MEDICAMENTOS E MATERIAIS PRÓXIMOS AO VENCIMENTO	39-177

1 REVISÃO DE COTAS

Código	Versão	Data
01	02	29/04/2016

1.1 CAMPO DE APLICAÇÃO

Farmácias dos Serviços de Saúde da Secretaria de Saúde do Município de Campinas.

1.2 OBJETIVO

Ajustar as cotas de medicamentos à demanda local, evitando não só falta, mas também as perdas por ultrapassar o prazo de validade.

1.3 CONSIDERAÇÕES

Não se aplica.

1.4 RESPONSABILIDADE

Profissionais das Farmácias (farmacêuticos e técnicos) dos Serviços de Saúde, Assistência Farmacêutica Distrital e Central.

1.5 PROCEDIMENTO

- 1) Avaliar mensalmente o relatório de medicamentos a vencer e os pedidos eventuais e semanalmente o Relatório de Estoque Mínimo identificando a necessidade de revisão de cotas;
- 2) Gerar o relatório de consumo médio no GEMM, da seguinte maneira: clicar em consulta/relatório → movimentos → consumo médio
- 3) Solicitar para a Assistência Farmacêutica do Distrito a alteração de cota dos itens identificados;
- 4) Para as unidades que recebem BEC mensal o cálculo da cota sugerida é feito com o consumo médio mensal acrescido de 30%;
- 5) Para as unidades que recebem BEC semanal o cálculo da cota sugerida é feito com o consumo médio mensal dividido por 2;
- 6) A solicitação de alteração de cota deverá ser enviada em arquivo anexo, planilhado, com código do material – descrição – cota atual – cota sugerida;
- 7) As solicitações de alteração de cota deverão ser enviadas:
 - a) Medicamentos – Assistência Farmacêutica distrital;
 - b) Material de Enfermagem – Apoio de Enfermagem distrital;
 - c) Material de Escritório – direto para o Almoxarifado da Saúde.

1.6 -RISCOS/ LIMITAÇÕES

Falta de insumos acarreta prejuízo à saúde dos pacientes.

Excesso de medicamentos pode acarretar perda por validade, ou seja, desperdício de recursos.

1.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. Brasília, 2006c

MARIN, N. et al (Org.). **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: Opas, 2003.

ELABORADO POR: Assistência Farmacêutica Distrito de Saúde Norte Data: 20/05/2014	APROVADO POR: Grupo Técnico da Assistência Farmacêutica Data: 11/12/2015	REVISAR EM: Data: Abril/2017
--	--	---

2 SOLICITAÇÃO DE MATERIAL – BEC

Código	Versão	Data
02	02	29/04/2016

2.1 CAMPO DE APLICAÇÃO

Farmácias dos Serviços de Saúde da Secretaria de Saúde do Município de Campinas.

2.2 OBJETIVO

Garantir o abastecimento regular dos medicamentos e materiais padronizados.

2.3 CONSIDERAÇÕES

Cota: quantidade padrão de cada medicamento ou material do centro de saúde para consumo durante um mês, estabelecida pelo Departamento de Saúde – Assistência Farmacêutica com avaliação pela Unidade, Distrito e Departamento de Saúde;

BEC (Boletim de Estoque e Consumo): processo pelo qual o centro de saúde solicita a reposição do seu estoque de medicamentos e materiais. Mediante o saldo informado pela unidade, o almoxarifado complementa com a quantidade necessária para que o estoque fique igual à cota estabelecida. Deve ser elaborado mensalmente, de acordo com cronograma disponibilizado por e-mail pelo Almoxarifado da Saúde.

Obs.: Algumas unidades podem ter sistema de BEC semanal.

2.4 RESPONSABILIDADE

Profissionais de Farmácia (farmacêuticos e técnicos) das Unidades de Saúde do Município de Campinas

2.5 PROCEDIMENTO


1) Acessar GEMM – Menu → Integração SIG2M → Escolher → Transferir saldo almoxarifado → Clicar em Transferir saldo;

a) Para BEC mensal:

Transferir o saldo para o Almoxarifado da Saúde pelo GEMM, com 04 dias úteis sem contar a data de entrega estabelecida no cronograma; até às 8 horas da manhã.

b) Para BEC semanal:

i) Transferir o saldo para o Almoxarifado da Saúde pelo GEMM, de acordo com o cronograma estabelecido para cada Unidade.

Observação: Para confirmar a transmissão do saldo: acessar GEMM → Menu: Integração  SIG2M clicar no ícone impressora.

2.6 RISCOS/LIMITAÇÕES

A não transmissão do saldo ocasiona falta de medicamentos e materiais na unidade, restringindo o acesso dos usuários aos mesmos, podendo comprometer o tratamento e a qualidade da assistência prestada.

2.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos.

Departamento de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. Brasília, 2006c

ELABORADO POR: Assistência Farmacêutica Distrito de Saúde Sul	APROVADO POR: Grupo Técnico da Assistência Farmacêutica	REVISAR EM:
Data: 08/05/2014	Data: 11/12/2015	Data: Abril/2017

3 REALIZAÇÃO DE PEDIDO EVENTUAL

Código	Versão	Data
03	02	29/04/2016

3.1 CAMPO DE APLICAÇÃO

Farmácias dos Serviços de Saúde da Secretaria de Saúde do Município de Campinas.

3.2 OBJETIVO

Garantir o abastecimento dos medicamentos e materiais padronizados quando, por algum motivo, a cota não for suficiente.

3.3 CONSIDERAÇÕES

Cota: quantidade padrão de cada medicamento ou material do centro de saúde para consumo mensal ou semanal, estabelecida pela unidade, com avaliação pelo Distrito e Departamento de Saúde;

O abastecimento da unidade deve ser garantido pelo BEC, o Pedido Eventual deve ser realizado em situações especiais.

O Pedido Eventual pode ser realizado semanalmente, em situações especiais, de acordo com cronograma disponibilizado pelo Almoxarifado da Saúde por e-mail. Cada pedido eventual tem uma data limite para ser feito para que a unidade receba os materiais na próxima entrega. Essa data é a ideal para se fazer o pedido, pois, caso contrário, os materiais podem demorar até 14 dias para chegar. Caso se verifique a necessidade contínua de realizar pedidos eventuais deve-se solicitar alteração de cota. A quantidade máxima atendida de um determinado item, solicitada através de pedido eventual , é igual a cota do item. Exceto os itens sem cota definida (específicos).

3.4 RESPONSABILIDADE

Profissionais de Farmácia (farmacêuticos e técnicos) das Unidades de Saúde do Município de Campinas

3.5 PROCEDIMENTO

1. Monitorar regularmente o estoque de medicamentos e materiais e gerar semanalmente, antes da data limite para pedido eventual, o relatório de estoque mínimo para avaliar se a quantidade é suficiente até a chegada do próximo BEC. O Pedido Eventual tem um prazo para chegar (observar cronograma), portanto, deve ser realizado com antecedência para evitar faltas.
2. Solicitar o Pedido Eventual pelo GEMM: Menu Integração SIG2M →Pedido Eventual → + Pedido → Preencher a tela com as informações solicitadas →SALVAR;
3. Em casos em que o sistema não estiver funcionando, o Pedido Eventual pode ser encaminhado por e-mail para o Almoxarifado da Saúde (eventualsms@gmail.com), devendo ser colocado o código do item e a descrição.

3.6 RISCOS/ LIMITAÇÕES

A não realização do Pedido Eventual em tempo oportuno ocasiona falta de medicamentos e materiais na unidade, restringindo o acesso dos usuários aos mesmos, podendo comprometer o tratamento e a qualidade da assistência prestada.

3.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos.

Departamento de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização.** Brasília, 2006c

ELABORADO POR: Assistência Farmacêutica Distrito de Saúde Sul Data: 08/05/2014	APROVADO POR: Grupo Técnico da Assistência Farmacêutica Data: 11/12/2015	REVISAR EM: Data: Abril/2017
---	---	---

4 RECEBIMENTO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS

Código	Versão	Data
04	02	29/04/2016

4.1 CAMPO DE APLICAÇÃO

Farmácias dos Serviços de Saúde da Secretaria de Saúde do Município de Campinas.

4.2 OBJETIVO

Receber e conferir todos os itens enviados pelo almoxarifado visando contribuir para um controle de estoque efetivo e racional.

4.3 CONSIDERAÇÕES

As Unidades Básicas de Saúde, CAPS e Pronto Atendimentos do município de Campinas trabalham na sua maioria com o abastecimento de seus itens mensalmente.Em alguns serviços o abastecimento é semanal. Para garantir que os itens enviados pelo almoxarifado correspondam exatamente aos designados no documento enviado pelo mesmo, se faz necessário que os profissionais da Farmácia realizem uma conferência minuciosa dos itens, seus lotes, quantidades e validade no ato do recebimento.

4.4 RESPONSABILIDADE

Profissionais de Farmácia (farmacêuticos e técnicos) das Unidades de Saúde do Município de Campinas.

4.5 PROCEDIMENTO

- 1) Receber os itens e documentos enviados pelo almoxarifado, realizando uma conferência quantitativa, lote e validade de cada item recebido.

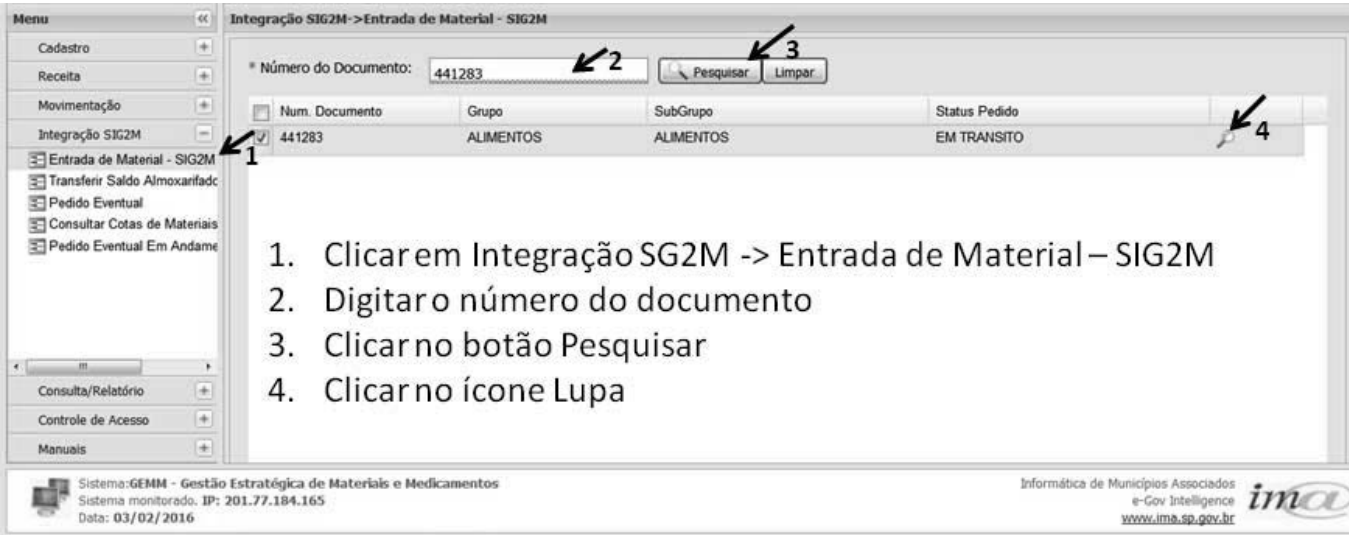
2) Ao identificar divergências, registrar no documento os itens não recebidos e ligar para o almoxarifado e solucionar o problema.

3) Dar entrada do documento no sistema

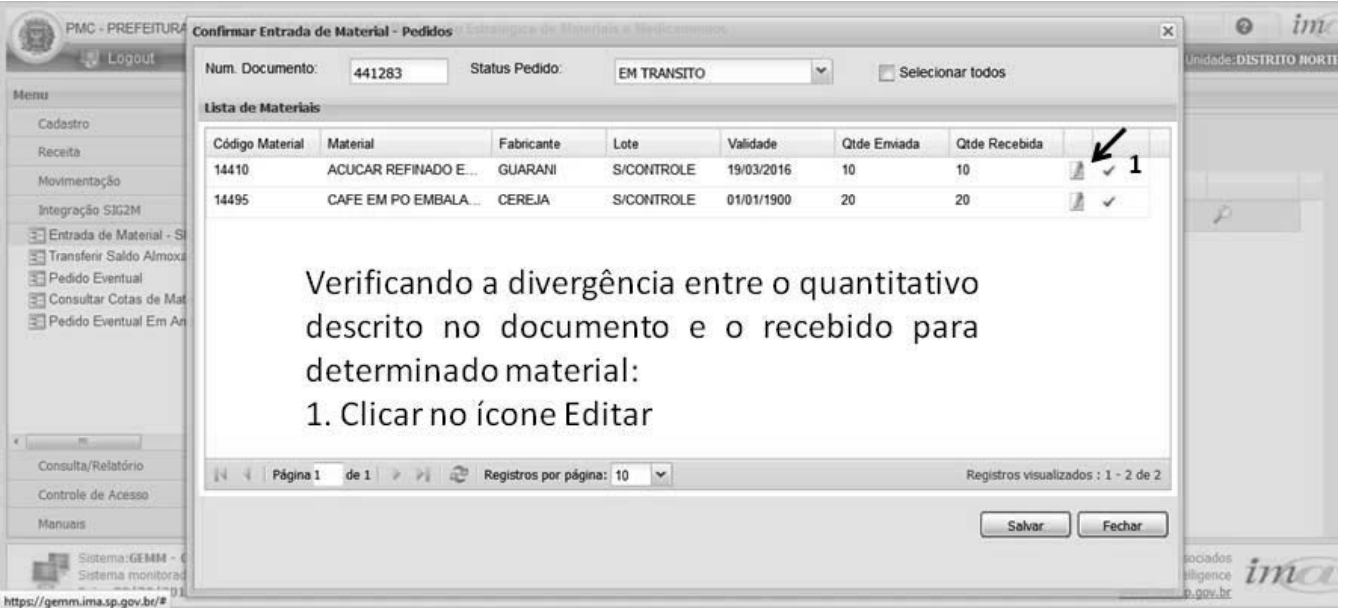
a) Acessar o GEMM: Menu → INTEGRAÇÃO SIG2M



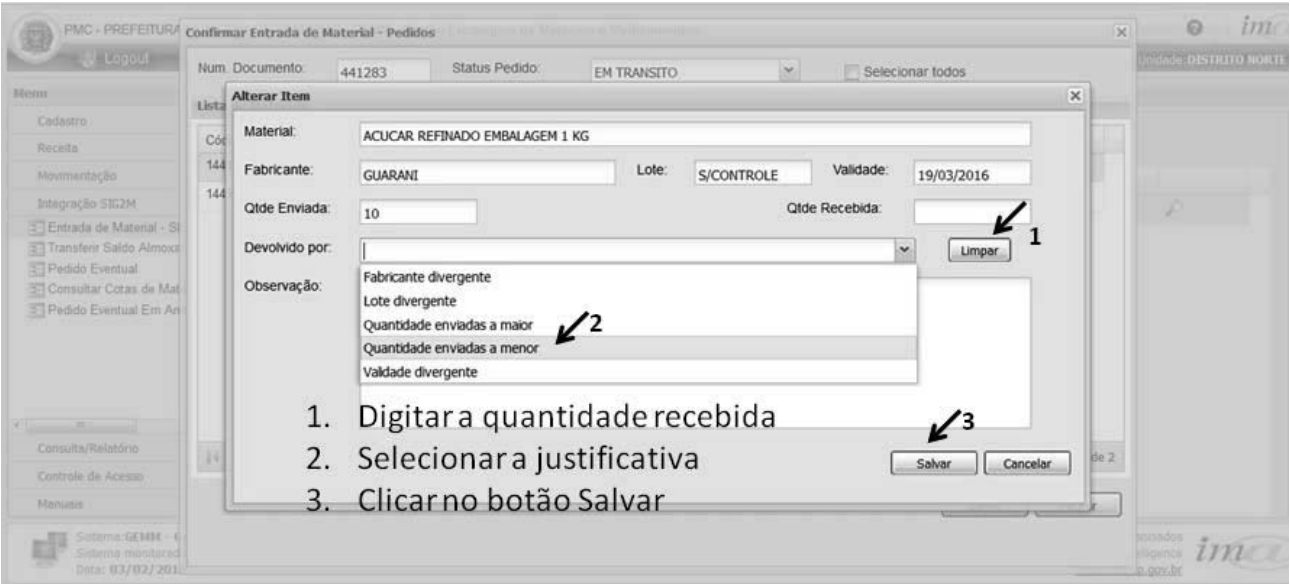
- b) Clicar ENTRADA DE MATERIAL SIG2M → Digitar N° DOCUMENTO → PESQUISAR (aparecerá o nº do documento → clicar na lupa). Aparecerão os itens relacionados no documento.



- c) Fazer a conferência do documento enviado pelo almoxarifado com o demonstrado pelo sistema → Clicar em EDITAR



- d) Corrigir as possíveis divergências → preencher QUANTIDADE RECEBIDA → justificar em DEVOLVIDO POR → Clicar em SALVAR



4.6 RISCOS/LIMITAÇÕES

A conferência inadequada pode acarretar divergências no controle de estoque da Unidade.

4.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização.** Brasília, 2006c

ELABORADO POR: Assistência Farmacêutica Distrito de Saúde Sudoeste Data: 30/05/2014	APROVADO POR: Grupo Técnico da Assistência Farmacêutica Data: 11/12/2015	REVISAR EM: Data: Abril/2017
---	--	---

5 ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS

Código	Versão	Data
05	02	29/04/2016

5.1 CAMPO DE APLICAÇÃO

Farmácias dos Serviços de Saúde da Secretaria de Saúde do Município de Campinas.

5.2 OBJETIVO

Armazenar a medicação em local seguro, protegido da luz, do calor, da umidade, distante da parede e sem contato com chão. Manter a farmácia organizada de modo a otimizar o trabalho e garantir uma dispensação segura.

5.3 CONSIDERAÇÕES

Para um armazenamento eficiente, os medicamentos devem estar dispostos de forma adequada para facilitar o acesso, a identificação, o manuseio e o controle.

A farmácia deverá ser limpa duas vezes por dia pelas zeladoras. Ao reabastecer os BINS, os mesmos deverão ser limpos com álcool a 70%.

Não é permitido armazenar alimentos na farmácia, pois atraem insetos e roedores.

Para os medicamentos termolábeis, a temperatura da geladeira deverá ser mantida entre 2°C e 8°C. Para evitar o congelamento da insulina é preciso armazená-la distante do freezer. Caso congele, deve ser desprezada, pois se torna imprópria para a utilização.

A temperatura da farmácia e do almoxarifado deverá atentar para as ser de até 30° C, sendo medida e anotada em planilha diariamente pela manhã e às 15h00.

A dispensação deverá estar preparada com os fracionamentos que possibilitem a rápida entrega do medicamento ao paciente no momento do atendimento. Os fracionamentos devem ser realizados de forma que seja possível a visualização do lote do medicamento e data de validade. Quando não estiverem visíveis, deverá ser colocada uma etiqueta de identificação.

5.4 RESPONSABILIDADE

Profissionais de Farmácia (farmacêuticos e técnicos) das Unidades de Saúde do Município de Campinas.

5.5 PROCEDIMENTO

- 1) Separar os medicamentos mantidos em estoque e os da dispensação.
- 2) Separar os medicamentos por formas farmacêuticas (comprimidos, cremes, injetáveis e líquidos).
- 3) Organizar os medicamentos separados por forma farmacêutica em ordem alfabética de princípio ativo.
- 4) Dispor os medicamentos nas prateleiras no sentido vertical da coluna, utilizando as que possibilitem acesso sem necessidade de escada (deixar as prateleiras mais altas para

estoque). As caixas pesadas deverão ser acondicionadas abaixo das prateleiras, apoiadas em pallets.

- 5) Organizar a farmácia facilitando o fluxo de entrega.
- 6) Ao receber o BEC, checar se o lote que está no *BIN* é o primeiro lote apontado pelo sistema para dispensação. Disponibilizar nos *BIN's* o primeiro lote apontado pelo sistema. Os demais devem ser armazenados nas prateleiras de estoque, identificados na sequência proposta pelo sistema como 1º lote, 2º lote e assim por diante.
- 7) Obs.: Cada BIM deve conter apenas um lote do medicamento.
- 8) Armazenar os medicamentos termolábeis em geladeira, observando as orientações do fabricante: insulina, sulfadiazina de prata.
- 9) Controlar a temperatura da geladeira, anotando em uma planilha as temperaturas do momento, máximas e mínimas, nos períodos da manhã, tarde e noite. Ao identificar irregularidades de funcionamento da geladeira comunicar a coordenação da unidade e acionar a manutenção. Providenciar armazenamento imediato dos termolábeis em outra geladeira disponível na Unidade, até o conserto.
- 10) Armazenar os medicamentos controlados em um armário de acesso restrito, que deve ser mantido trancado, coma chave guardada em local seguro na unidade de saúde. A disposição desses medicamentos no armário deverá seguir os mesmos critérios descritos nos itens acima.

5.6 RISCOS/LIMITAÇÕES

O estoque deve ser armazenado na mesma lógica da dispensação. Um estoque mal organizado favorece erros na dispensação, possibilita vencimento e desperdícios.

5.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2009.

ELABORADO POR: Assistência Farmacêutica Distrito de Saúde Noroeste	APROVADO POR: Grupo Técnico da Assistência Farmacêutica	REVISAR EM:
Data: 02/05/2011	Data: 11/12/2015	Data: Abril/2017

6 REMANEJAMENTO

Código	Versão	Data
06	02	29/04/2016

6.1 CAMPO DE APLICAÇÃO

Farmácias dos Serviços de Saúde da Secretaria de Saúde do Município de Campinas.

6.2 OBJETIVO

Monitorar o estoque da unidade, identificando excessos e faltas de medicamentos e insumos, através do sistema informatizado.

6.3 CONSIDERAÇÕES

O remanejamento deve ser utilizado tanto para evitar vencimentos quanto o desabastecimento das unidades.

6.4 RESPONSABILIDADE

Profissionais de Farmácia (farmacêuticos e técnicos) das Unidades de Saúde do Município de Campinas.

6.5 PROCEDIMENTO

- 1) Acessar o sistema informatizado e verificar qual unidade de saúde possui a quantidade para suprir a necessidade: →Consulta/Relatório→Estoque→Estoque por material→Descrever o material→Ordenar Lista por unidade ou estoque→ OK
- 2) Identificar a unidade, fazer contato telefônico para verificar a viabilidade do remanejamento do item. Caso seja possível o remanejamento, efetivar a solicitação pelo sistema informatizado: Movimentação → Remanejamento → Pedido de Remanejamento → Novo → Informar Unidade Solicitante e Unidade Solicitada → Identificar o material → Informar a quantidade → Adicionar → Salvar.
- 3) O pedido será visualizado pela unidade solicitada que aceitará o remanejamento seguindo os passos: Movimentação → Remanejamento → Atender Pedido de Remanejamento → Atender Registro (ícone lápis) → Informar a quantidade preenchida → Salvar.
- 4) Separar o material na quantidade e lote acertados e avisar o solicitante para retirada;
- 5) O item solicitado sai do estoque e fica ‘em trânsito’ até a outra Unidade efetivar a entrada;
- 6) Para realizar a efetivação: Movimentação → Remanejamento → Pedido de Remanejamento → Efetivar remanejamento (ícone ao lado da lupa)

6.6 RISCOS/ LIMITAÇÕES

A não realização de todos os passos do remanejamento poderá gerar erros no estoque da unidade.

6.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. Brasília, 2006c

ELABORADO POR: Assistência Farmacêutica Distrito de Saúde Noroeste	APROVADO POR: Grupo Técnico da Assistência Farmacêutica	REVISAR EM:
Data: 15/09/2014	Data: 11/12/2015	Data: Abril/2017

7 DISPENSAÇÃO

Código	Versão	Data
07	02	29/04/2016

7.1 CAMPO DE APLICAÇÃO

Farmácias dos Serviços de Saúde da Secretaria de Saúde do Município de Campinas.

7.2 OBJETIVO

Padronizar os procedimentos para adequada dispensação de medicamentos pelo sistema GEMM.

7.3 CONSIDERAÇÕES

A receita deve ser escrita de forma legível, sem rasuras e conter os seguintes dados obrigatórios de acordo com a Resolução nº 357, de 20 de Abril de 2001:

- I. Nome completo do usuário;
- II. Endereço do paciente ou a ficha familiar ou cartão SUS;
- III. Nome do medicamento ou da substância prescrita sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB), dose ou concentração, forma farmacêutica, posologia e tempo de tratamento;
- IV. Identificação do prescritor: nome do profissional com sua inscrição (carimbo ou identificação legível) no Conselho Regional, assinatura;
- V. Identificação da unidade com endereço ou do consultório com endereço
- VI. Data da emissão.

Ao identificar usuários com dificuldades de entender como o tratamento deve ser desenvolvido anotar o nome, ficha familiar e telefone para contato em caderno destinado para este fim, passando o caso para a enfermeira da equipe na qual o usuário está cadastrado. O mesmo procedimento deve ser realizado caso identifique-se problemas de adesão aos tratamentos prescritos.

Além disso, os farmacêuticos devem avaliar a necessidade de um cuidado mais próximo com estes usuários, verificando a possibilidade de uma consulta farmacêutica ou visita domiciliar, a fim de auxiliar o usuário na adesão ao tratamento.

7.4 RESPONSABILIDADE

Profissionais de Farmácia (farmacêuticos e técnicos) das Unidades de Saúde do Município de Campinas.

7.5 PROCEDIMENTO

- 1) Acolher o usuário;
- 2) Receber a receita e conferir, verificando se todos os campos obrigatórios estão devidamente preenchidos;
- 3) Checar com o paciente se necessita levar todos os medicamentos prescritos;

Obs.: sempre cadastrar todos os itens da receita, independente do estoque estar zerado ou o paciente não querer levar todos os itens;

- 4) Separar os medicamentos. Anotar na receita do usuário as quantidades dispensadas; a data da dispensação e a rubrica do dispensador.
- 5) Verificar se o usuário está cadastrado no GEMM. Procedimento:
 - a. Menu → Receita → Nova → Preencher campos nome e data de nascimento ou cartão SUS → Buscar paciente → Encontrar o paciente na nova janela que se abriu → Clicar na bolinha a direita;

Obs.: Caso não esteja cadastrado, encaminhá-lo à recepção para providenciar cadastro.

- 6) Se for retorno da receita (uso contínuo). Procedimento:
 - a. Menu → Receita → Completar → Inserir o número gerado na dispensação anterior → Pesquisar;
- 7) Digitar no sistema os campos obrigatórios: data da prescrição, local do receituário e nº do prescritor;
- 8) Digitar os medicamentos, conferindo os lotes físicos com os lotes do sistema, completando as quantidades prescritas e dispensadas de acordo com o tempo de tratamento exigido pela receita;
- 9) Adicionar cada medicamento prescrito e salvar a receita após o término da digitação dos medicamentos;
- 10) Em caso de uso contínuo, anotar o número fornecido pelo sistema na receita do usuário;
- 11) Conferir detalhadamente, junto com o paciente, cada medicamento que está sendo entregue e as respectivas quantidades. Orientar o paciente;
- 12) Verificar se o usuário tem dúvidas e esclarecê-las;
- 13) As quantidades a serem dispensadas de medicamentos que se apresentarem em embalagens que não permitam o atendimento exato da quantidade prescrita deverão seguir o informe de “orientações sobre fracionamento de medicamentos rede municipal de saúde – Campinas” de acordo com o POP 39.

Obs: Atentar para as apresentações disponibilizadas

7.6 RISCOS/LIMITAÇÕES

Erros na dispensação podem causar graves prejuízos aos usuários. Ao identificar um erro, solicitar que o usuário compareça na unidade ou solicitar visita imediata dos agentes comunitários de saúde para solucionar o problema.

7.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2009.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. Brasília, 2006c.

Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 44, de 2009 – **Boas Práticas Farmacêuticas**. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 ago. 2009.

Resolução Conselho Federal de Farmácia nº 357 – de 20 de Abril de 2001– (Alterada pela Resolução nº 416/04).

ELABORADO POR: Assistência Farmacêutica Distrito de Saúde Noroeste Data: 02/05/2011	APROVADO POR: Grupo Técnico da Assistência Farmacêutica Data: 11/12/2015	REVISAR EM: Data: Abril/2017
---	--	---

8 MEDICAMENTOS DA PORTARIA 344

Código	Versão	Data
08	02	29/04/2016

8.1 CAMPO DE APLICAÇÃO

Farmácias dos Serviços de Saúde da Secretaria de Saúde do Município de Campinas.

8.2 OBJETIVO

Otimizar a dispensação e o controle dos medicamentos da portaria 344/98.

8.3 CONSIDERAÇÕES

A Portaria 344/98 aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. São listados abaixo os medicamentos da Portaria 344 padronizados na Rede Básica:

Ácido Valpróico 250mg	Fenitoina 50mg/ml
Ácido Valpróico 250mg/5ml	Fenobarbital 100mg
Ácido Valpróico 500mg	Fenobarbital 100mg/ml
Amitriptilina 25mg	Fenobarbital 4%
Biperideno 2mg	Fluxetina 20mg
Biperideno 5mg/ml	Haloperidol 0,2%
Carbamazepina 200mg	Haloperidol 1mg
Carbamazepina 2% sol. oral	Haloperidol 5mg
Carbonato de lítio 300mg	Haloperidol 5mg/ml
Clonazepan 2,5mg/ml	Haloperidol Decanoato 50mg/ml
Clonazepan 2mg	Imipramina 25mg
Clorpromazina 100mg	Levomepromazina 100mg
Clorpromazina 25mg	Levomepromazina 25mg
Clorpromazina 4%	Levomepromazina 4%
Clorpromazina 5mg/ml	Metilfenidato 10mg
Clorpromazina sol. oral	Nortriptilina 25mg
Diazepan 5mg	Periciazina 4%
Diazepan 5mg/ml	Sertralina 50mg
Fenitoina 100mg	Talidomida 100mg

A3 – Notificação Amarela – Metilfenidato (Ritalina®).

Validade da prescrição: 30 dias em todo Território Nacional, sendo necessário que seja acompanhada da receita médica com justificativa de uso, quando para aquisição em outra Unidade Federativa. Quantidade máxima da prescrição: 1 (uma) substância para 30 dias de tratamento.

Respeitando os seguintes critérios:

- O uso deste medicamento no Município de Campinas é orientado somente aos pacientes que atendam os critérios de inclusão constantes no Protocolo Municipal de Uso do Metilfenidato – Vide POP 19;

- A notificação proveniente do SUS deverá conter carimbo de identificação da Unidade, identificação legível e assinatura do prescritor;
- A notificação proveniente de serviço privado deverá conter identificação legível e assinatura do prescritor e endereço do local de atendimento.

B1 – Notificação Azul – Clonazepam, Diazepam.

Validade da prescrição: 30 dias a partir da data de emissão **e somente dentro da Unidade Federativa** que concedeu a numeração.

Quantidade máxima por prescrição: 1 (uma) substância, 5 (cinco) ampolas e demais formas farmacêuticas para 60 dias de tratamento.

C1 – Receituário de Controle Especial – **Ácido Valpróico**, Amitriptilina, **Biperideno**, **Carbamazepina**, Carbonato de Lítio, Clomipramina, Clorpromazina, **Fenitoína**, **Fenobarbital**, Fluoxetina, Haloperidol, Imipramina, Levomepromazina, Nortriptilina, Sertralina

Validade da prescrição: 30 dias a partir da data de emissão, em todo território nacional.

Quantidade máxima por prescrição: 3 (três) substâncias, 5 (cinco) ampolas e demais formas farmacêuticas para 60 dias de tratamento, exceto os **anticonvulsivantes e antiparkinsonianos**, que podem ser dispensados para 180 dias. Os anticonvulsivantes e antiparkinsonianos disponíveis na nossa rede são: Ácido Valpróico, Biperideno, Carbamazepina, Fenitoína e Fenobarbital

C3 – Talidomida. Ver POP 10 específico.

Obs.: Dentro de 72h devem ser apresentadas à autoridade sanitária local as receitas procedentes de outras Unidades Federativas para averiguação e visto.

8.4 RESPONSABILIDADE

Profissionais de Farmácia (farmacêuticos e técnicos) das Unidades de Saúde do Município de Campinas.

8.5 PROCEDIMENTO

- 1) Acolher o usuário;
- 2) Analisar a receita, observar tipos de medicamentos, tipo de receita, data de emissão, posologia e quantidade prescrita;

Obs.: a numeração da notificação das receitas prescritas em Campinas deverão se iniciar pelo número 17. Ao identificar irregularidade, o medicamento poderá ser dispensado, mas a cópia da notificação deverá ser encaminhada para VISA;

- 3) Orientar o paciente sobre a maneira adequada da administração do medicamento.
- 4) Anotar nas receitas:
 - a. O nome de quem está dispensando;
 - b. Data;
 - c. Quantidade dispensada;

- d. Preencher na 1ª na via da receita o nome, RG e telefone do responsável pela retirada do medicamento.
- e. Anotar a identificação do registro (número da movimentação gerada no sistema – número da receita)

5) Dispensar através do sistema GEMM conforme descrito no POP7

6) Arquivar a documentação relativa à movimentação pelo período de 2 (dois) anos para o controle das autoridades sanitárias, conforme solicitado pela Portaria 344.

Obs: Para Talidomida seguir o POP 10

7) Realizar uma contagem diária dos medicamentos para um maior controle.

8) Gerar o livro de medicamentos controlados todo 5º dia útil do mês, gravado em CD/Pen drive ou impresso.

9) As quantidades a serem dispensadas de medicamentos que se apresentarem em embalagens que não permitam o atendimento exato da quantidade prescrita deverão seguir o informe de “orientações sobre fracionamento de medicamentos rede municipal de saúde – Campinas” de acordo com o POP 39.

Obs: Atentar para as apresentações disponibilizadas

8.6 RISCOS/LIMITAÇÕES

Desvios e uso irracional de medicamentos controlados pela Portaria 344.

8.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. Brasília, 2006c

Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 44,de 2009 – **Boas Práticas Farmacêuticas**. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 ago. 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. **Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998, e suas atualizações**. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 maio 1998.

ELABORADO POR: Assistência Farmacêutica Distrito de Saúde Leste Data: 20/03/2012	APROVADO POR: Grupo Técnico da Assistência Farmacêutica Data: 11/12/2015	REVISAR EM: Data: Abril/2017
---	---	---

9 MEDICAMENTOS ANTIBIÓTICOS

Código	Versão	Data
09	02	29/04/2016

9.1 CAMPO DE APLICAÇÃO

Farmácias dos Serviços de Saúde da Secretaria de Saúde do Município de Campinas.

9.2 OBJETIVO

Padronizar os procedimentos para a dispensação de medicamentos da RDC Nº 20/2011 – Controle de Medicamentos à base de Substâncias classificadas como Antimicrobianos, de uso sob prescrição, isolado ou em associação.

9.3 CONSIDERAÇÕES.

A receita deve ser escrita de forma legível, sem rasuras, em 2 (duas) vias e conter os seguintes dados obrigatórios:

- I. Identificação do paciente: nome completo, idade e sexo;
- II. Nome do medicamento ou da substância prescrita sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB), dose ou concentração, forma farmacêutica, posologia e quantidade (em algarismos arábicos);
- III. Identificação do emitente: nome legível do profissional com sua inscrição no Conselho Regional ou nome da instituição, endereço completo, telefone, assinatura e marcação gráfica (carimbo);
- IV. Data da emissão.

A receita de antimicrobianos é válida em todo o território nacional, por 10 (dez) dias a contar da data de sua emissão.

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. No caso de tratamentos relativos aos programas do Ministério da Saúde que exijam períodos diferentes, a receita/prescrição e a dispensação deverão atender às diretrizes do programa (Tuberculose, Hanseníase, etc.).

Não é permitida a prescrição de medicamentos antimicrobianos e medicamentos pertencentes à portaria 344 na mesma receita.

Lista de antibióticos padronizados nas Unidades Básicas de Saúde do município de campinas:

Amoxicilina 500mg comp.	Eritromicina 500mg comp.
Amoxicilina 250mg/5ml susp oral	Eritromicina 250mg/5ml Sol. oral
Amoxicilina 250mg/5ml + Clavulanato de Potássio susp. oral	
Amoxicilina 500mg + clavulanato de potássio 125mg comp.	Metronidazol 4% Sol. oral
Azitromicina 500mg comp.	Metronidazol 250mg comp.

Benzilpenicilina G Benzatina 600.000 UI Susp. Inj.	Metronidazol 500mg Gel vaginal
Benzilpenicilina G Benzatina 1.200.000 UI Susp. Inj.	Nitrofurantoina 100mg comp.
Benzilpenicilina G Procaína + Potassica 400.000 UI Susp. Inj.	Polimixina B + Lidocaína – Sol. Otológica
Cefalexina 250mg/5ml Sol. oral	Sulfadiazina 500mg comp.
Cefalexina 500mg comp.	Sulfametoxazol 400mg + Trimetropim 80mg comp.
Ciprofloxacina 500mg comp.	Sulfametoxazol 4% + Trimetropim 8% Susp.
Claritromicina 500mg comp.	Tobramicina 3mg/ml Sol. Oftálmica
Clindamicina 300mg comp.	

9.4 RESPONSABILIDADE

Profissionais de Farmácia (farmacêuticos e técnicos) das Unidades de Saúde do Município de Campinas.

9.5 PROCEDIMENTO

- 1) Acolher o usuário;
- 2) Receber a receita em duas vias, sendo a segunda retida na farmácia e a primeira devolvida ao paciente;
- 3) Observar se a receita apresenta-se de forma legível, dentro do prazo de validade e se possui todos os dados obrigatórios;
- 4) A quantidade a ser dispensada deve atender exatamente a prescrição, conforme a Anexo -1 POP 7.
- 5) Anotar a data da dispensação, quantidade dispensada e identificação do registro (nº da movimentação, lote e a validade);

Obs : Se em uma mesma receita há um ou mais antibióticos não disponíveis na rede pública: atestar em ambas receitas o medicamento dispensado, anotando a quantidade, o lote e a data da dispensação. Em seguida orientar o paciente de que será necessário uma cópia da primeira via para dispensação posterior em outro estabelecimento.
- 6) Realizar inspeção visual para verificar a identificação do medicamento, o prazo de validade e a integridade da embalagem;
- 7) Orientar o paciente quanto à posologia, estabelecendo com ele os melhores horários para cumpri-la e alertando da necessidade de seguir os horários e concluir o tratamento;
- 8) Arquivar a documentação relativa a movimentação pelo período de 2 anos, para o controle da Autoridade Sanitária, conforme define a RDC ANVISA 20/2011

9.6 RISCOS/LIMITAÇÕES

Desvios e uso irracional de medicamentos controlados pela RDC ANVISA 20.

9.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2009.

Resolução ANVISA - RDC Nº 20, de 5 de Maio de 2011.

Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 44, de 2009 – **Boas Práticas Farmacêuticas**. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 ago. 2009.

ELABORADO POR: Assistência Farmacêutica Distrito de Saúde Leste Data: 13/03/2013	APROVADO POR: Grupo Técnico da Assistência Farmacêutica Data: 11/12/2015	REVISAR EM: Data: Abril/2017
--	--	---

10 TALIDOMIDA

Código	Versão	Data
10	02	29/04/2016

10.1 CAMPO DE APLICAÇÃO

Farmácias dos Serviços de Saúde da Secretaria de Saúde do Município de Campinas.

10.2 OBJETIVO

Orientar o paciente sobre o fluxo do medicamento Talidomida e garantir seu uso seguro e racional.

10.3 CONSIDERAÇÕES

A Talidomida é um medicamento pertencente à lista C3 da Portaria Federal MS/SVS 344/98. Este medicamento somente poderá ser prescrito por médicos cadastrados na VISA e será dispensado exclusivamente nas farmácias do SUS, sendo proibido seu comércio.

A regulamentação do medicamento Talidomida encontra-se na Resolução ANVISA RDC 11/2011. Para CID’s autorizados no anexo III da RDC 11/2011 e atualizado na Resolução Anvisa RDC 50/2015 – Hanseníase, DST/AIDS, Doenças Crônico-Degenerativas, Mieloma Múltiplo e Síndrome Mielodisplásica (tabela Procedimento 1A) - a dispensação é imediata, quando apresentados os documentos necessários. Para CID’s não previstos nessa Resolução, a autorização deve ser solicitada à ANVISA, através do DEVISA (Departamento de Vigilância em Saúde), apresentando os documentos previstos na Resolução – RDC 11/2011, artigos 28 e 29.

Para mulheres em idade fértil e paciente do sexo masculino, o Sistema Único de Saúde (SUS) deve prover os métodos contraceptivos durante todo o tratamento com talidomida e até 30 dias após o seu término. Os pacientes do sexo masculino devem ser orientados a utilizar preservativos durante todo o tratamento e até 30 após o seu término (artigo 19, § 3º e 4º).

A receita terá validade de 20 dias, contados a partir da data da sua emissão, e somente dentro do Estado onde foi emitida.

A quantidade máxima por prescrição não poderá ser superior à quantidade necessária para 30 dias de tratamento.

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

Para dispensação do medicamento talidomida a unidade deve ser cadastrada na VISA local e cadastro deverá ser renovado anualmente (Anexo I).

Locais e horários de dispensação de talidomida:

Distrito	Unidade(s) Referência	Horário de funcionamento
Norte	CS Aurélia	08h00 às 16h12 (Seg – Sex) (fecha almoço 13h30 e das 14h30)

	CS Barão Geraldo	13h00 às 19h00 (2ª) 09h00 às 19h00 (3ª e 5ª -fecha almoço 13h00 e das 14h00) 07h00 às 13h00 (4ª e 6ª)
	CS Eulina	12h00 às 18h00 (2ª, 5ª e 6ª) 08h00 às 18h00 (3ª e 4ª -fecha almoço 13h00 e das 14h00)
Sul	CS Faria Lima	2ª 4ª e 5ª das 7h a 13h 3ª e 6ª das 8h00 as 18h00 (fecha almoço 12h30 13h00)
	CS Oziel	2ª, 3ª, 4ª, 6ª das 7h30 as 16h30. 5ª: de 7h30 as 11h30
	CS São José	08h00 às 16h12 (fecha almoço 12h00 às 13h00) (Seg-Sex)
	CS São Vicente	2ª, 4ª e 6ª das 07h00 às 13h00 3ª e 5ª: das 07h00 às 17h00às (fecha almoço 12h00 e das 13h00)
Leste	Cs Paranapanema	9h00 às 16h12 (fecha almoço 12h30 13h00)
	CS Centro	07h00 às 13h00 (2º, 4º e 6º) 07h00 às 17h00 (3º e 5º)
	CS Sousas	07h00 às 17h00 (2ª e 4ª) ^a 07h00 às 13h00 (3ª, 5ª e 6ª)
Sudoeste	CS DIC I	08h00 às 17h00 horas.(fecha almoço 12h00 às 13h00) 2ª e 4ª . 08 as 13 horas. 3ª, 5ª 6ª
	CS União dos Bairros	08h00 às 16h12 (fecha almoço 12h00 às 13h00)
	CS Vista Alegre	09h00 às 17h12 (fecha almoço 12h00 às 13h00
	CS Santa Lúcia	08h48 às 17h00 (fecha almoço 13h00 às 14h00)
Noroeste	CS Ipaussurama	08h00 às 13h00 (2ª, 4ª e 6ª) 08h00 – 12h00 / 13h00 -17h00 (3ª e 5ª).

IMPORTANTE:

Todas as unidades deverão conferir a documentação exigida para dispensação de talidomida (conforme item 3), solicitando as devidas correções antes de encaminhar para a unidade dispensadora.

10.4 RESPONSABILIDADE

Profissionais de Farmácia (farmacêuticos e técnicos) das Unidades de Saúde do Município de Campinas.

10.5 PROCEDIMENTO

- 1) Acolher o usuário;
- 2) Analisar a receita quanto ao CID e proceder conforme orientações abaixo:

A. Anexo III - Anvisa RDC 11/2011 e atualizado na RDC 24/2012:

Doenças	CID
Hanseníase: reação hansênica tipo eritema nodoso ou tipo II	A 30
DST/AIDS: úlceras aftóides idiopáticas em pacientes portadores de HIV/AIDS	B 23.8
Doenças crônico-degenerativas: <ul style="list-style-type: none">• lúpus eritematoso sistêmico• lúpus eritematoso discóide• lúpus eritematoso cutâneo subagudo• doença enxerto contra hospedeiro	M 32 L 93.0 L 93.1 T 86.0
Mieloma Múltiplo	C 90.0
Síndrome Mielodispásica (SMD) em pacientes refratários à eritropoetina: <ul style="list-style-type: none">• Anemia refratária sem sideroblastos em anel• Anemia refratária com sideroblastos em anel• Anemia refratária não especificada	D 46.0 D 46.1 D 46.4

A.1 Verificar os documentos:

- Notificação de Receita de Talidomida em 2 vias, assinada pelo médico, contendo o número da notificação emitido pela vigilância sanitária (canto superior esquerdo) e ainda se o impresso foi realizado pela imprensa oficial de São Paulo (canto inferior esquerdo);
- Termo de Responsabilidade/Esclarecimento (Anexo V-A ou V-B da RDC 11/11, conforme o caso) em 3 vias, assinado pelo médico e pelo paciente. Lembrando que pacientes mulheres acima de 55 anos e homens devem apresentar o anexo V-A preenchido, enquanto que mulheres com idade inferior a 55 anos devem apresentar o anexo V-B preenchido.

A.2 Encaminhar o paciente à Unidade dispensadora de referência do Distrito, certificando-se da presença do farmacêutico, após conferência dos documentos. Se houver a ausência de algum documento, orientar o usuário.

A.3 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 (Anexo II).

A.4 Quanto a Notificação de Receita de Talidomida: a 1ª via será devolvida ao paciente devidamente carimbada e assinada pelo profissional farmacêutico, como comprovante da dispensação, e a 2ª via deverá ser retida pela unidade pública dispensadora.

A.5 Quanto ao termo de Responsabilidade/Esclarecimento: a 1ª via deverá permanecer no prontuário; a 2ª deverá ser arquivada na unidade; a 3ª via será devolvida para o paciente.

A.6 O farmacêutico da Unidade dispensadora somente poderá dispensar o medicamento Talidomida quando todos os itens da Notificação de Receita e do Termo de Responsabilidade/Esclarecimento estiverem devidamente preenchidos e legíveis.

B. Para os CIDs não autorizados pela RDC 11/11

B.1 Solicitar autorização à ANVISA através do DEVISA; encaminhar para Departamento de Saúde - SMS.

B.2 A solicitação deve estar acompanhada de:

- Formulário de Justificativa de Uso do Medicamento à Base de Talidomida (Anexo VII da RDC 11/11);
- 1 cópia da Notificação de Receita;
- 1 cópia de Estudos da literatura que comprovem a eficácia e segurança publicadas em revistas indexadas;
- Laudos e exames que comprovem o diagnóstico da doença.

B.3 Caso a continuidade do tratamento seja necessária, o prescritor deverá preencher, a cada nova solicitação de autorização, o Relatório de Evolução do Caso (Anexo VIII da RDC 11/11), acompanhado de cópia da Notificação de Receita de Talidomida.

B.4 Estes documentos devem ser encaminhados ao DEVISA, aos cuidados do responsável para envio à ANVISA.

Observações:

- A ANVISA fará análise, aprovação e emissão da autorização à DEVISA.
- Caso seja aprovado ao DEVISA retransmitirá ao Distrito de referência – apoio da Assistência Farmacêutica – para informação ao paciente, prescritor e Unidade de Dispensação. O DEVISA também comunicará o Departamento de Saúde – Assistência Farmacêutica – para liberação do medicamento à Unidade dispensadora.
- A dispensação do medicamento a base de Talidomida para estes casos deverá ocorrer mediante a apresentação da autorização emitida pela ANVISA, da Notificação de Receita de Talidomida preenchida pelo médico e do Termo Responsabilidade/Esclarecimento preenchido pelo paciente e pelo médico responsável pela prescrição.

3) O Livro de Controlado C3 (Talidomida) deverá ser “gerado” no sistema GEMM, a cada 3 meses, junto com o Mapa Trimestral.

4) Os documentos comprobatórios da movimentação de estoque do medicamento Talidomida deverão ser arquivados no estabelecimento pelo prazo de 10 anos, findo o qual poderão ser destruídos.

5) O estoque físico do medicamento a base de talidomida deve ser qualitativa e quantitativamente idêntico ao escriturado nos livros, bem como nos mapas e balanços anuais e trimestrais.

- 6) Os farmacêuticos das Unidades dispensadoras deverão imprimir e encaminhar trimestralmente a VISA Regional, até o dia 15 dos meses de Abril, Julho, Outubro e Janeiro de cada ano, o Mapa Trimestral Consolidado – MTC (Anexo XI da RDC 11/11, com o registro das prescrições de medicamentos a base da substância Talidomida, em 3 vias.
- 7) Após o carimbo da autoridade sanitária competente, as vias do MTC terão o seguinte destino:
 - a) 1ª via será retida pela VISA Regional
 - b) 2ª via será encaminhada à ANVISA pela VISA Regional
 - c) 3ª via será retida nas unidades públicas dispensadoras
- 8) O Mapa Trimestral Consolidado (Anexo XI da RDC 11/11) deverá ser arquivado pelo período de 2 (dois) anos.
- 9) Quando, por qualquer motivo, for interrompido o uso do medicamento à base de Talidomida, o prescritor e o dispensador devem orientar o paciente e/ou o seu responsável para que o devolva à unidade pública dispensadora.
- 10) As devoluções devem ser recebidas pelo farmacêutico, documentadas conforme Registro de Devolução de Talidomida pelo Paciente (Anexo XII da RDC 11/11) e enviadas para a autoridade sanitária competente a cada 3 meses, junto com o Mapa Trimestral Consolidado. Caso a devolução seja devido a desvio de qualidade preencher o Anexo XIII da RDC 11/11.
- 11) Os estoques do medicamento Talidomida destinados ao descarte deverão ser armazenados em local identificado, segregado, trancado com chave, devendo possuir registro da quantidade e localização, de modo a garantir a rastreabilidade.
- 12) O descarte do medicamento Talidomida deverá ser realizado exclusivamente por incineração, seguindo orientações do POP 36.

10.6 RISCOS/LIMITAÇÕES

O não conhecimento do fluxo acarreta demora no processo e prejuízo para a saúde do usuário.

10.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Resolução ANVISA – RDC 11 de 22 de Março de 2011.

Resolução ANVISA – RDC 24 de 12 de abril de 2012.

Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 44, de 2009 – **Boas Práticas Farmacêuticas**. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 ago. 2009.

ELABORADO POR: Assistência Farmacêutica Distrito de Saúde Leste Data: 16/06/2014	APROVADO POR: Grupo Técnico da Assistência Farmacêutica Data: 11/12/2015	REVISAR EM: Data: Abril/2017
--	--	---

10.8 ANEXOS

ANEXO I -

Formulário para Credenciamento Inicial e Renovação de Credenciamento de Unidades Públicas Dispensadoras - TALIDOMIDA

Nº credenciamento *(preenchimento da Visa)*:

Informações da Unidade Pública Dispensadora *(preenchimento da Unidade solicitante)*:

Nome da Unidade:

Nome do Coordenador ou Diretor Responsável:

Endereço completo da Unidade:

Rua/Av:_____nº:_____

Cidade:_____ Estado:_____ CEP:_____

Telefone: (____) _____ Fax: (____) _____

E-mails:

Solicita: () credenciamento inicial () renovação anual de credenciamento

Data: / /

Assinatura do Coordenador ou Diretor
Nº CR__:

Nome do Farmacêutico Responsável:
Nº CRF:
Horário de trabalho:

Assinatura

Nome do Farmacêutico Substituto:

Nº CRF:

Horário de trabalho:

Assinatura

Requisitos para o credenciamento da Unidade Pública Dispensadora
(*Preenchimento da Visa*):

- Possui Licença de Funcionamento
() SIM, sob CEVS nº
() NÃO, conforme Of. Circ. GVS XVII nº 56/2014
- Possui Farmacêutico responsável pelo recebimento, conferência, guarda, escrituração e dispensação do medicamento Talidomida.
- Os farmacêuticos receberam treinamento sobre os riscos e as normas que envolvem o medicamento Talidomida () SIM Data: ()
NÃO
- As instalações devem atender às legislações sanitárias vigentes.

Credenciada? () SIM () NÃO

Observações:

Nome da Autoridade Sanitária que avaliou:

Nº da matrícula:

Local e data:

Assinatura

Carimbo e Assinatura do coordenador da Visa (responsável pelo credenciamento)

ANEXO II

CHECK LIST PARA DISPENSAÇÃO DE TALIDOMIDA

Verificar se:

- 1 – Possui a Notificação de Receita de Talidomida (2 vias) e o Termo de esclarecimento / Responsabilidade, Anexo V-A ou V-B (3 vias) conforme a idade e o sexo;
- 2 – Todos os campos destinados ao prescritor estão preenchidos;
- 3 – O CID está contido nos usos permitidos pela RDC 11/11 (item 1.5 – 2 deste POP – ANEXO III da RDC 11/11, atualizada por RDC 50/15). Em caso afirmativo, poderá ser dispensado. Em caso negativo deve orientar o paciente conforme item 1.5 – B deste POP;
- 4 – No caso de mulher em idade fértil (entre a menarca e a menopausa), o médico deve ter observado o Anexo IV da RDC 11/11. Na dispensação poderão ser confirmadas algumas informações:
 - perguntar se o médico orientou em relação à necessidade de se utilizar de 2 métodos contraceptivos, sendo um de barreira ou se é esterilizada por método cirúrgico (histerectomia);
 - caso use DIU, pedir para que procure imediatamente a Unidade de Saúde caso ocorra a expulsão do dispositivo;
 - verificar se foi realizado um exame de Beta-HCG na Unidade;
- 5 – A data da prescrição (válida por 20 dias);
- 6 – A quantidade prescrita é para, no máximo, 1 mês de tratamento;
- 7 – Não pode ser fracionada a embalagem secundária;
- 8 – A validade do medicamento Talidomida (se é suficiente para o mês de tratamento);

Informação ao paciente:

- 1 – Ler para o paciente o Termo de Esclarecimento / Responsabilidade, esclarecendo suas dúvidas;
- 2 – Preencher a embalagem secundária do medicamento, informando ao paciente que é pessoal e intransferível;
- 3 – Informar sobre os efeitos que o medicamento Talidomida pode causar no caso de ser tomado por uma grávida (considerar todos os componentes da família do paciente, inclusive cuidadores e empregados da família);
- 4 – Informar que apenas 1 comprimido, no primeiro trimestre de gravidez, é suficiente para causar efeitos teratogênicos.
- 5 – No caso de gravidez, suspender imediatamente o medicamento;
- 6 – Caso pare o tratamento ou por algum motivo sobre o medicamento na residência, deverá devolvê-lo à Unidade de Saúde. Receber de acordo com item 10 desse POP;
- 7 – Caso sinta algum sintoma diferente dos previstos na bula do medicamento (reações adversas) deverá comunicar a Unidade de Saúde para avaliação e notificação da suspeita de reação adversa.

ANEXO V - A

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 do(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(i) *verbalmente* ao paciente que este produto tem alto risco de causar graves defeitos congênitos no corpo dos bebês de mulheres que o utilizam na gravidez, que *não evita filhos e que não provoca aborto*. Portanto somente pode ser utilizado por ele (a). Não pode ser passado para nenhuma outra pessoa.
2. Informe(i) *verbalmente* também que a talidomida pode causar problemas como sonolência, neuropatia periférica e pseudo abdome agudo.
3. Informe(i) *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(i) *que o medicamento deve ser guardado em local seguro*.
5. Recomende(i) 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(i) 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. Certifiquei-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: ____/____/____

ANEXO V - B

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

A ser preenchido pelo (a) médico (a):

1. Informe(i) *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(i) *verbalmente* à paciente que a talidomida pode causar sonolência, neuropatia periférica e pseudo-abdome agudo; que a talidomida não provoca aborto e não evita filhos e que não deve passar este medicamento para ninguém.
3. Explique(i) *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(i) *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(i) *que o medicamento deve ser guardado em local seguro.*
6. *Constatai, 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. Certifiquei-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(i) *a paciente que o seu parceiro deve usar preservativo nas relações sexuais ocorridas durante o tratamento.*
9. Solicite(i) 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(i) *verbalmente* a paciente que caso venha a suspeitar que esteja grávida, deverá parar imediatamente o tratamento e me procurar.
11. Informe(i) *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. *Certifiquei – 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 _____

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 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, analfabeto, incapaz ou impossibilitado de locomoção:

Eu, _____, R.G. _____, órgão expedidor _____, responsável pelo paciente _____, comprometo-me a repassar todas estas orientações do prescritor à paciente e estou ciente da minha responsabilidade solidária de evitar o uso indevido do medicamento.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

ANEXO VII

FORMULÁRIO DE JUSTIFICATIVA DE USO DO MEDICAMENTO A BASE DE TALIDOMIDA

Nº. DA NOTIFICAÇÃO DE RECEITA: _____

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

1.1. NOME: _____
1.2. DATA DE NASCIMENTO: _____
1.3. Nº DA IDENTIDADE: _____
1.4. C.P.F.: _____
1.5. ENDEREÇO: _____ TELEFONE: _____

2. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE (hospital, clínica ou consultório):

2.1. NOME: _____
2.2. ENDEREÇO: _____ Município: _____ Estado: _____

3. DIAGNÓSTICO DA DOENÇA: _____

3.1. EXAMES COMPROBATÓRIOS: _____

4. CID: _____

5. HISTÓRICO: _____

6. EVOLUÇÃO CLÍNICA: _____

7. TEMPO DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE: _____

8. TRATAMENTOS FEITOS ANTERIORMENTE: _____

9. JUSTIFICATIVA DA INDICAÇÃO: _____

10. PARA PACIENTES DO SEXO FEMININO EM IDADE FÉRTIL, INDICAR OS DOIS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS UTILIZADOS:

1º método: _____	Data de início do uso: _____
2º método: _____	Data de início do uso: _____

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (citar e anexar): _____

Eu Dr. (a) _____ assumo a responsabilidade sobre a prescrição de Talidomida para a doença citada nos itens 3 e 4 deste formulário.

DATA: ____/____/____

NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL: _____

ASSINATURA, CRM e CARIMBO: _____

ANEXO VIII

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO DO CASO

Nº. DA NOTIFICAÇÃO DE RECEITA: _____

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

1.1. NOME: _____ SEXO: _____

1.2. DATA DE NASCIMENTO: _____

1.3. Nº DA IDENTIDADE: _____ 1.4. C.P.F.: _____

1.5. ENDEREÇO: _____ TELEFONE: _____

2. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE CREDENCIADA (hospital, clínica ou consultório):

2.1. NOME: _____

2.2. ENDEREÇO: _____ Estado: _____ Município: _____

3. DIAGNÓSTICO DA DOENÇA: _____

4. CID: _____

5. EVOLUÇÃO CLÍNICA:

5.1. DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO COM TALIDOMIDA _____

5.2. SITUAÇÃO CLÍNICA ATUAL:

5.2.1. Inalterada ☐

5.2.2. Melhora Clínica: Discreta ☐ Moderada ☐ Acentuada ☐

5.2.3. Piora Clínica: Discreta ☐ Moderada ☐ Acentuada ☐

5.2.4. Interrupção do Tratamento: Sim ☐ Não ☐

5.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A EVOLUÇÃO CLÍNICA: _____

6. PARA PACIENTES DO SEXO FEMININO EM IDADE FÉRTIL, INDICAR OS DOIS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS UTILIZADOS:

1º método: _____ Data de início do uso: _____

2º método: _____ Data de início do uso: _____

7. EVENTOS ADVERSOS: SIM ☐ NÃO ☐ Caso tenha ocorrido evento adverso, notificar a ANVISA pelo NOTIVISA

QUAIS: _____

8. OBSERVAÇÕES:

DATA: _____

NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL: _____

ASSINATURA, CRM e CARIMBO: _____

ANEXO XI

MAPA TRIMESTRAL CONSOLIDADO

**CARIMBO DA UNIDADE PÚBLICA
DISPENSADORA**

Nome da Unidade Pública
 Dispensadora:
 Endereço:
 UF:
 Ano de Exercício:
 Trimestre: 1º 2º 3º 4º

Mês	Quantidade de Notificações de Receita	Nome da Doença	C.I.D.	Quantidade de Comprimidos Dispensados
TOTAL				

Nome do Farmacêutico Responsável Técnico: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Nº do CRF:

ANEXO XII

Registro de Devolução de Talidomida pelo Paciente

1. Dados do paciente que utilizava a Talidomida:		
Nome: _____		
Rua/Av: _____		nº: _____
Cidade: _____	Estado: _____	CEP: _____
Telefone: (____) _____		Fax: (____) _____
Nome do Farmacêutico _____		nº CRF: _____
2. Devolução realizada por:		
Nome: _____		Telefone: _____
Data da Devolução: _____		
Número lote: _____	Fab: _____	Val: _____
Quantidade de comprimidos devolvidos: _____		
Data da Dispensação: _____		
5. Identificação, guarda e escrituração do medicamento devolvido:		
Identificação, guarda e escrituração do medicamento. _____		Data: _____
_____ Assinatura e Carimbo e do Farmacêutico Responsável		
6. Entrega do medicamento à Autoridade Sanitária Competente:		
Nome do Farmacêutico Responsável pela Entrega: _____		
Data da Entrega: _____		
Quantidade de comprimidos devolvidos: _____		
Número lote: _____	Fab: _____	Val: _____
Entregue por: _____	Recebido por: _____	
_____ Assinatura e Carimbo e do Farmacêutico Responsável	_____ Assinatura e Carimbo e da Autoridade Sanitária Competente	

(1ª via) – unidade pública dispensadora

(2ª via) – autoridade sanitária competente

ANEXO XIII

Registro de Devolução de Talidomida por Desvio de Qualidade

1. Unidade Pública Dispensadora:		
Rua/Av: _____ nº: _____		
Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____		
Telefone: (____) _____ Fax: (____) _____		
Nome do Farmacêutico _____ nº CRF: _____		
2. Devolução pelo Usuário:		
Devolvido por:		Telefone:
Data da Devolução:		
Número lote:	Fab:	Val:
Quantidade de comprimidos devolvidos:		
Data da Dispensação:		
3. Descrição do desvio da qualidade:		
<div></div>		
4. Contato com o laboratório oficial:		
Data:		
Pessoa contatada:		Telefone:
Providências:		
5. Envio do medicamento ao laboratório oficial:		
Nota fiscal ou documento equivalente:		Data:
Quantidade de comprimidos:		
Número do lote:	Fab:	Val:
<div>Assinatura e Carimbo e do Farmacêutico Responsável</div>		

(1ª via) – laboratório oficial fabricante (2ª via) – unidade pública dispensadora

11 TRATAMENTO DA TOXOPLASMOSE

Código	Versão	Data
11	02	29/04/2016

11.1 CAMPO DE APLICAÇÃO

Farmácias dos Serviços de Saúde da Secretaria de Saúde do Município de Campinas.

11.2 OBJETIVO

Garantir o acesso aos medicamentos e orientar o uso correto, visando o tratamento adequado da Toxoplasmose.

11.3 CONSIDERAÇÕES

A Toxoplasmose é uma doença infecciosa, frequentemente autolimitada e sem necessidade de tratamento, causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii*. As exceções são os casos em que há comprometimento ocular e que envolvem pacientes imunodeprimidos, quando há risco de desenvolver encefalite, miocardite e pneumonite. Outra situação importante que necessita de intervenção são os casos que envolvem a transmissão congênita, da grávida para o feto, podendo causar aborto espontâneo, morte fetal e doença congênita grave. A prevenção da transmissão congênita é feita pela administração do medicamento Espiramicina, que é fornecido pelo Componente Especializado (Alto Custo) para gestantes - Resolução SS - 200, de 6-10-2010. O tratamento dos pacientes infectados nas condições em que é recomendado é feito utilizando-se os medicamentos Sulfadiazina e Pirimetamina, que são frequentemente associados ao Ácido Folínico, que evita a supressão medular, efeito adverso da Pirimetamina. Os casos de toxoplasmose não necessitam de notificação aos centros de vigilância epidemiológica.

11.4 RESPONSABILIDADE

Enfermagem e Profissionais de Farmácia (farmacêuticos e técnicos) das Unidades Básicas de Saúde do município de Campinas

11.5 PROCEDIMENTO

- 1) Acolher o usuário.

2) Orientar o usuário quanto ao fluxo para aquisição do medicamento:

Espiramicina 1.500.000 UI comprimido, através do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

Para os medicamentos: Sulfadiazina 500mg comprimido, Pirimetamina 25mg comprimido, Ácido Folínico 15mg comprimido através dos Centros de Saúde.

3) Receber a receita médica e verificar se todos os requisitos necessários para a dispensação de antibióticos estão preenchidos; (POP 09).

4) Anotar os dados do paciente e/ou responsável na ficha de cadastro (Anexo 1) para controle da dispensação pelas equipes de farmácia e enfermagem;

5) Solicitar a medicação para o almoxarifado da Saúde pelo e-mail eventualsms@gmail.com, informando:

- a) Nome completo do paciente,
 - b) Medicamento prescrito (com código do medicamento):
 - i) 7836 Pirimetamina 25 mg comp
 - ii) 7804 Sulfadiazina 500 mg comp
 - iii) 20613 Ácido folínico 15 mg
 - iv) 8229 Espiramicina 1,5 M.U.I. comprimido
 - c) Doença a ser tratada
- 3) Ao receber a medicação na Unidade, dar entrada no sistema informatizado e entrar em contato com o paciente para iniciar tratamento;
- 4) Dispensar a medicação utilizando o sistema informatizado e prestar orientação correta sobre o uso dos medicamentos, de acordo com a prescrição médica.

11.6 RISCOS/ LIMITAÇÕES

Dificuldade do acesso ao medicamento, ocasionando demora no tratamento ou interrupção, possibilitando um agravamento à saúde do paciente.

11.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. Brasília, 2006c

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso** / Ministério da Saúde, 8. ed. rev. – Brasília: 2010.

ELABORADO POR: Assistência Farmacêutica Distrito de Saúde Norte	APROVADO POR: Grupo Técnico da Assistência Farmacêutica	REVISAR EM:
Data: 22/05/2014	Data: 11/12/2015	Data: Abril/2017

11.8 Anexo



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

FICHA DE CONTROLE DE PACIENTES EM TRATAMENTO DE
TOXOPLASMOSE

Data da Solicitação	Nome do paciente	Data de nascimento	Telefone	Medicação	Qtd.	Data da Retirada

12 TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

Código	Versão	Data
12	02	29/04/2016

12.1 CAMPO DE APLICAÇÃO

Farmácias dos Serviços de Saúde da Secretaria de Saúde do Município de Campinas.

12.2 OBJETIVO

Garantir o uso seguro e esclarecer o fluxo correto da solicitação dos medicamentos para o tratamento da tuberculose - TB.

12.3 CONSIDERAÇÕES

A tuberculose é uma doença infectocontagiosa, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, também denominado Bacilo de Koch. A transmissão ocorre pelas vias aéreas, principalmente pela tosse de um doente bacilífero (aquele que elimina bacilos). Após o início do esquema terapêutico recomendado, a transmissão é reduzida, gradativamente, para níveis insignificantes ao fim de poucos dias ou semanas.

O esquema básico de tratamento é indicado aos casos novos (paciente que nunca usou ou usou por menos de 30 dias medicamentos antituberculose) de todas as formas de tuberculose pulmonar e extrapulmonar.

O tratamento é realizado em duas fases: nos dois primeiros meses, pelo Coxcip-4 (comprimido contendo em dose fixa combinada: rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol); e nos quatro últimos meses pela rifampicina e isoniazida, ambos levando em consideração a dose/kg de peso do paciente.

Esquema de tratamento para Tuberculose

Fase	Duração	Droga	30 a 35 kg	36 a 50 kg	> 50 kg
			Comprimidos/dia		
1ª	2 meses	Rifampicina 150 mg	2	3	4
		Isoniazida 75 mg			
		Pirazinamida 400 mg			
		Etambutol 275 mg			
2ª	4 meses	Isoniazida 75 mg	2	3	4
		Rifampicina 150 mg			

Em caso de tuberculose latente (profilaxia de pacientes que tiveram contato com indivíduos positivos para tuberculose na fase bacilífera), observar os POP's Isoniazida 100 mg(POP 13) e Isoniazida Suspensão(POP 14).

12.4 RESPONSABILIDADE

Enfermagem e Profissionais de Farmácia (farmacêuticos e técnicos) das Unidades Básicas de Saúde do município de Campinas

12.5 PROCEDIMENTO

- 1) Os profissionais de enfermagem devem receber o caso, notificar a Visa local e acionar a farmácia, informando que um novo paciente iniciará o tratamento de TB. A farmácia que receber prescrições dos medicamentos para tuberculose deve encaminhar o paciente ao enfermeiro responsável para verificar se o caso está notificado;
- 2) A farmácia deverá preencher a Ficha de Controle de Pacientes em Tratamento de TB (Anexo 1) para controle da dispensação feita pelas equipes de farmácia e enfermagem;
- 3) Solicitar a medicação da 1ª fase para o almoxarifado da Saúde pelo sistema GEMM e o medicamento da 2ª fase solicitar à Assistência Farmacêutica Distrital.
 - a) Nome completo do paciente,
 - b) Medicamento solicitado (com código do medicamento):

Fase	Código	Droga
1ª	99292	Rifampicina 150 mg
		Isoniazida 75 mg
		Pirazinamida 400 mg
		Etambutol 275 mg
2ª	99296	Isoniazida 75 mg
		Rifampicina 150 mg

- c) Doença a ser tratada
- d) Número do SINAN.
- 4) Ao receber a medicação na Unidade, deverá ser dada a entrada do mesmo no sistema informatizado;
- 5) Receber e reter a 2ª via da receita e dar baixa no sistema;
- 6) Entregar o medicamento ao profissional que acompanhará a administração;
- 7) Ficará a critério da equipe do Centro de Saúde se a dispensação do medicamento será semanal ou mensal, para a equipe de enfermagem, ficando sob responsabilidade desta.
- 8) Os medicamentos 1ª fase devem ser solicitados novamente ao almoxarifado da Saúde 10 dias antes de completar um mês.

12.6 RISCOS/LIMITAÇÕES

A incompreensão do fluxo acarreta demora no início do processo ou interrupção do tratamento de TB, podendo gerar problemas graves de saúde pública, tais como transmissão do bacilo e/ou resistência bacteriana.

12.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização.** Brasília, 2006c

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

ELABORADO POR: Assistência Farmacêutica Distrito de Saúde Leste	APROVADO POR: Grupo Técnico da Assistência Farmacêutica	REVISAR EM:
Data: 14/05/2014	Data: 11/12/2015	Data: Abril/2017

12.8 ANEXO



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

FICHA DE CONTROLE DE PACIENTES EM TRATAMENTO DE TB

[illegible][illegible]

13 ISONIAZIDA 100 MG COMPRIMIDO

Código	Versão	Data
13	02	29/04/2016

13.1 CAMPO DE APLICAÇÃO

Farmácias dos Serviços de Saúde da Secretaria de Saúde do Município de Campinas.

13.2 OBJETIVO

Garantir o uso seguro e racional da Isoniazida 100 mg.

13.3 CONSIDERAÇÕES

A isoniazida é um antibiótico indicado para a quimioprofilaxia de tuberculose causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis* (Bacilo de Koch). O uso da isoniazida é recomendado para pessoas que tiveram contato prolongado com pacientes positivados com TB pulmonar bacilífera (ILTB – Infecção Latente de Tuberculose). O tratamento com isoniazida reduz em 60% a 90% o risco de adoecimento. Esta variação se deve à duração e à adesão ao tratamento. A isoniazida é utilizada na dose de 5mg/ kg a 10 mg/kg de peso até a dose máxima de 300 mg/dia, por um período mínimo de seis meses. Deve ser usada com cautela em pacientes que tem hepatopatia (monitorar funções do fígado). Por se tratar de uma Doença de Notificação Compulsória, o paciente deve ser notificado para a vigilância local.

13.4 RESPONSABILIDADE

Profissionais de Farmácia (farmacêuticos e técnicos) das Unidades Básicas de Saúde do Município de Campinas e Assistência Farmacêutica dos Distritos de Saúde.

13.5 PROCEDIMENTO

- 1) Acolher o usuário;
- 2) Analisar a receita;
- 3) Confirmar com a equipe de referência do Centro de Saúde se o caso já foi notificado para a VISA local;
- 4) Coletar os dados do paciente para cadastro e posterior contato;
Solicitar o medicamento ao Distrito de Saúde, informando nome completo, posologia e número da notificação fornecido pela VISA.
- 5) Quando o medicamento estiver disponível na unidade, entrar em contato com o usuário para retirada da medicação;
- 6) Dispensar a medicação, atualizando o sistema e a planilha de controle (Anexo 1).

13.6 RISCOS/ LIMITAÇÕES

É de fundamental importância comunicar o Distrito para um controle efetivo da dispensação desse medicamento, uma vez que se trata de Doença de Notificação Compulsória.

13.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. Brasília, 2006c

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

ELABORADO POR: Assistência Farmacêutica Distrito de Saúde Leste	APROVADO POR: Grupo Técnico da Assistência Farmacêutica	REVISAR EM:
Data: 16/06/2014	Data: 11/12/2015	Data: Abril/2017

13.8 ANEXO

FICHA DE CONTROLE DE PACIENTES EM TRATAMENTO COM ISONIAZIDA 100MG[illegible]

14 ISONIAZIDA SUSPENSÃO

Código	Versão	Data
14	02	29/04/2016

14.1 CAMPO DE APLICAÇÃO

Farmácias dos Serviços de Saúde da Secretaria de Saúde do Município de Campinas.

14.2 OBJETIVO

Garantir o uso seguro e esclarecer o fluxo correto da solicitação do medicamento isoniazida suspensão.

14.3 CONSIDERAÇÕES

A isoniazida suspensão é indicada para a quimioprofilaxia de tuberculose causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis* (Bacilo de Koch) e para os casos de reações à vacina BCG. Para os casos de quimioprofilaxia, o uso da isoniazida suspensão é recomendado para crianças que tiveram contato prolongado com pacientes positivados com TB pulmonar bacilífera (ILTB – Infecção Latente de Tuberculose), sendo o tratamento normalmente por 6 (seis) meses. Nos casos de reação à vacina BCG (BCG-ite) o tratamento ocorre até a lesão desaparecer. Deve ser usada com cautela em pacientes que tem hepatopatia (monitorar funções do fígado).

A isoniazida também é utilizada no tratamento de crianças com tuberculose pulmonar, associada com rifampicina 20mg/mL suspensão oral e pirazinamida 30mg/mL.

Obs: A rifampicina e a pirazinamida são fornecidas pelo Almojarifado da Saúde.

Na Prefeitura Municipal de Campinas é padronizado que a manipulação da concentração de 20 mg/ ml, deva ser feita em farmácia contratada. Obs.: Entrar em contato com o Distrito de Saúde de referência para verificar o contrato vigente.

Por se tratar de uma Doença de Notificação Compulsória, o paciente deve ser notificado para a vigilância local.

14.4 RESPONSABILIDADE

Enfermagem e Profissionais de Farmácia (farmacêuticos e técnicos) das Unidades Básicas de Saúde do município de Campinas

14.5 PROCEDIMENTO

- 1) Caso o usuário chegue diretamente na farmácia, encaminhá-lo à equipe de referência para verificação da notificação na Visa Local;
- 2) Receber e reter a receita (em duas vias). Verificar se a prescrição contém os seguintes itens:
 - a) Nome completo do paciente;
 - b) Medicamento na concentração padronizada (isoniazida 20mg/mL);
 - c) Posologia;
 - d) Tempo de tratamento: a receita é válida para 1 mês de tratamento, tendo que ser renovada a cada mês do tratamento.
 - e) Data de nascimento da criança;

- f) Endereço do paciente;
 - g) RG e nome completo do responsável pela criança;
 - h) Telefone do responsável;
- 3) Informar o Distrito que trata se de uma receita de isoniazida suspensão e enviar, por malote, as duas vias da receita ao Distrito;
- 4) O Distrito envia cópia da prescrição por e-mail ou fax à Farmácia contratada para solicitação da manipulação do medicamento;
- 5) O Distrito fornece o original da prescrição ao responsável pela entrega do medicamento e o envia à unidade solicitante;
- 6) A farmácia da unidade básica de saúde recebe a medicação e procede com a entrada manual no sistema informatizado. Menu → Movimentação → Entrada de material – manual. OBS: no nº do documento colocar nº de requisição da farmácia contratada.
- 7) Quinzenalmente, o Distrito envia uma planilha de controle à Secretaria de Saúde para que monitore o quantitativo dispensado no município;
- 8) A farmácia avisa a enfermagem que o medicamento se encontra disponível para retirada e esta contata o paciente, fazendo as orientações necessárias;
- 9) Atentar sobre o prazo de validade que pode se alterar de um contrato para outro;
- 10) O processo deverá se repetir nos próximos meses de uso da medicação. A solicitação deve ser feita com 7 (sete) dias de antecedência do término do prazo de validade.

14.6 RISCOS/LIMITAÇÕES

A incompreensão do fluxo acarreta demora no processo e prejuízo para o usuário.

14.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. Brasília, 2006c

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

ELABORADO POR: Assistência Farmacêutica Distrito de Saúde Leste	APROVADO POR: Grupo Técnico da Assistência Farmacêutica	REVISAR EM:
Data: 07/05/2014	Data: 11/12/2015	Data: Abril/2017

15 TRATAMENTO DA ESQUISTOSSOMOSE

Código	Versão	Data
15	02	29/04/2016

15.1 CAMPO DE APLICAÇÃO

Farmácias dos Serviços de Saúde da Secretaria de Saúde do Município de Campinas.

15.2 OBJETIVO

Garantir o acesso aos medicamentos e orientar o uso correto, visando o tratamento adequado da Esquistossomose.

15.3 CONSIDERAÇÕES

A Esquistossomose é uma doença infecciosa causada pelo trematódeo parasita *Schistosoma mansoni*, presente em espécies suscetíveis de caramujos de água doce do gênero *Biomphalaria*.

A doença se desenvolve em duas fases, aguda e crônica, sendo que a primeira geralmente é assintomática, mas pode evoluir para quadros mais graves como Hipertensão Portal. Outra forma grave de Esquistossomose é a Medular, que pode levar a paraplegia.

O tratamento é feito utilizando o antiparasitário praziquantel, que é padronizado na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas na dose de 600 mg.

Posologia:

Adulto: 50 mg/kg em dose única

Crianças: 60 mg/kg em dose única

Observações:

A administração do medicamento deve ser feita na unidade e o paciente deve ficar em observação por 3 horas, pois o praziquantel pode causar náuseas, tonturas e raramente casos de convulsão. Os pacientes devem ser aconselhados a não dirigir ou operar máquinas e abster-se de bebidas alcoólicas no dia do tratamento com praziquantel, bem como no dia seguinte.

15.4 RESPONSABILIDADE

Profissionais de Farmácia (farmacêuticos e técnicos) das Unidades Básicas de Saúde do Município de Campinas.

15.5 PROCEDIMENTO

- 1) Ao receber uma prescrição dos medicamentos citados acima, deve-se procurar o profissional responsável na Unidade para verificar se o caso foi notificado à Vigilância Epidemiológica. Anotar o número do SINAN;
- 2) Registrar nome e telefone do paciente para posterior contato;
- 3) Solicitar a medicação para o almoxarifado da Saúde pelo e-mail eventualsms@gmail.com, informando:

- a. Nome completo do paciente;
 - b. Peso do paciente;
 - c. Medicamento solicitado: 32557 Praziquantel 600 mg comp;
 - d. Doença a ser tratada;
 - e. Número do SINAN.
- 4) Ao receber a medicação na Unidade, dar entrada no sistema informatizado;
- 5) Convocar o paciente para o tratamento supervisionado;
- 6) Dar baixa do medicamento no sistema informatizado e entregar para o profissional que supervisionará a administração.

15.6 RISCOS/LIMITAÇÕES

Dificuldade do acesso ao medicamento, ocasionando demora no tratamento e possibilitando a disseminação da doença pela comunidade.

15.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. Brasília, 2006c

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica.**Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso** / Ministério da Saúde, 8. ed. rev. – Brasília: 2010.

ELABORADO POR: Assistência Farmacêutica Distrito de Saúde Norte Data: 21/05/2014	APROVADO POR: Grupo Técnico da Assistência Farmacêutica Data: 11/12/2015	REVISAR EM: Data: Abril/2017
--	--	---

16 TRATAMENTO E QUIMIOPROFILAXIA DA HANSENÍASE

Código	Versão	Data
16	02	29/04/2016

16.1 CAMPO DE APLICAÇÃO

Farmácias dos Serviços de Saúde da Secretaria de Saúde do Município de Campinas.

16.2 OBJETIVO

Garantir o acesso aos medicamentos e orientar o uso correto, visando o tratamento adequado da Hanseníase.

16.3 CONSIDERAÇÕES

A Hanseníase é uma doença infecciosa, causada pelo *Mycobacterium leprae*, que acomete fundamentalmente pele e nervos periféricos, podendo até mesmo gerar incapacidades físicas. O tratamento é feito utilizando os antimicrobianos Dapsona, Rifampicina e Clofazimina. A Rifampicina pode ser utilizada em dose única para a quimioprofilaxia de contatos de doentes de Hanseníase, conforme Portaria SCTIE/MS 32, 30/06/2015.

Estes medicamentos são disponibilizados na rede pública, associados em kits, de acordo com a lógica do tratamento, conforme descrito no Anexo 1 - Kits para tratamento de Hanseníase Paucibacilar e Multibacilar e seus respectivos esquemas terapêuticos.

Além dos antimicrobianos, outros medicamentos são utilizados no controle da reação hansênica, como os corticosteróides e a talidomida. O procedimento de dispensação de talidomida está descrito no POP 10.

Alguns pacientes podem ainda sofrer reações de intolerância à utilização de dapsona ou clofazimina, o que contra indica o uso destes medicamentos. Nestes casos, é inserido o medicamento ofloxacino como tratamento alternativo. O ofloxacino é disponibilizado somente nos Centros de Referência - UNICAMP e PUC.

16.4 RESPONSABILIDADE

Profissionais de Farmácia (farmacêuticos e técnicos) das Unidades Básicas de Saúde do Município de Campinas.

16.5 PROCEDIMENTO

- 1) Ao receber uma prescrição contendo os medicamentos citados acima, deve-se procurar o profissional responsável da VISA na Unidade, para que o mesmo verifique se o caso foi notificado para a Vigilância Epidemiológica;
- 2) Com o caso notificado, deve-se anotar os dados do paciente e/ou responsável na ficha de cadastro (Anexo 2), para o controle da dispensação do medicamento pelas equipes de farmácia e enfermagem;
- 3) Solicitar a medicação para o almoxarifado da Saúde pelo sistema GEMM com exceção Clofazimina, Rifampicina e Dapsona que devem ser solicitado por e-mail eventualsms@gmail.com, informando:
 - a. Nome completo do paciente,

b. Medicamento solicitado: informar código e nome, conforme abaixo:

- 99285 – Tratamento Paucibacilar Infantil
- 99286 – Tratamento Multibacilar Infantil
- 99287 – Tratamento Multibacilar Adultos
- 99288 – Tratamento Paucibacilar Adulto
- 9003 – Rifampicina 300mg comp

- c. Doença a ser tratada;
- d. Número do SINAN.

- 4) Ao receber a medicação na Unidade, deverá ser dada a entrada do medicamento no sistema informatizado e informar o profissional responsável na Unidade para iniciar tratamento. Verificar como será a dispensação do medicamento (para o profissional responsável ou diretamente ao paciente).
- 5) Dispensar a medicação utilizando o sistema informatizado e, caso seja dispensado diretamente ao paciente, deve-se prestar orientação correta sobre o seu uso, de acordo com o que esquema apontado no Anexo 2.
- 6) Solicitar a medicação ao almoxarifado sempre 10 dias antes da data da próxima dispensação.
- 7) Caso o paciente não tenha comparecido ao Centro de Saúde para retirada do medicamento na data previamente estipulada, entrar em contato com profissional responsável da Unidade para que sejam tomadas as devidas providências.

16.6 RISCOS/ LIMITAÇÕES

Dificuldade do acesso ao medicamento, ocasionando demora no tratamento ou interrupção, possibilitando um agravamento à saúde do paciente e disseminação da doença pela comunidade.

16.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. Brasília, 2006c

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Formulário Terapêutico Nacional 2010: Rename 2010**/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. - 2. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2011.1136p.: il. - (Série B. Textos Básicos de Saúde).

ELABORADO POR: Assistência Farmacêutica Distrito de Saúde Norte	APROVADO POR: Grupo Técnico da Assistência Farmacêutica	REVISAR EM:
Data: 22/05/2014	Data: 11/12/2015	Data: Abril/2017

16.8 ANEXOS

ANEXO 1

KITS PARA TRATAMENTO DE HANSENÍASE PAUCIBACILAR E MULTIBACILAR E SEUS RESPECTIVOS ESQUEMAS TERAPÊUTICOS

Tratamento Poliquimioterápico – PQT/OMS

Apresentação das cartelas

Faixa	Cartela PB	Cartela MB
Adulto	Rifampicina (RFM): cápsula de 300 mg (2)	Rifampicina (RFM): cápsula de 300 mg (2)
	Dapsona (DDS): comprimido de 100 mg (28)	Dapsona (DDS): comprimido de 100 mg (28)
	-	Clofazimina (CFZ): cápsula de 100 mg (3) e cápsula de 50 mg (27)
Criança	Rifampicina (RFM): cápsula de 150 mg (1) e cápsula de 30 mg (1)	Rifampicina (RFM): cápsula de 150 mg (1) e cápsula de 30 mg (1)
	Dapsona (DDS): comprimido de 50 mg (28)	Dapsona (DDS): comprimido de 50 mg (28)
	-	Clofazimina (CFZ): cápsula de 50 mg (16)

Esquema terapêutico para casos MULTIBACILARES: 12 Cartelas Notas

Faixa	Cartela MB
Adulto	Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada
	Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada e uma dose diária de 100 mg autoadministrada
	Clofazimina (CFZ): dose mensal de 300 mg (3 cápsulas de 100 mg) com administração supervisionada e uma dose diária de 50 mg autoadministrada
Criança	Rifampicina (RFM): dose mensal de 450 mg (1 cápsula de 300 mg e 1 cápsula de 150 mg) com administração supervisionada
	Dapsona (DDS): dose mensal de 50 mg supervisionada e uma dose diária de 50 mg autoadministrada
	Clofazimina (CFZ): dose mensal de 150 mg (3 cápsulas de 50 mg) com administração supervisionada e uma dose diária de 50 mg autoadministrada em dias alternados.

Duração: 12 doses
Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada.

do grau de incapacidade física e receber alta por cura.

Os pacientes MB que excepcionalmente não apresentarem melhora clínica, com presença de lesões ativas da doença, no final do tratamento preconizado de 12 doses (cartelas) deverão ser encaminhados para avaliação em serviço de referência (municipal, regional, estadual ou nacional) para verificar a conduta mais adequada para o caso.

Esquema terapêutico para casos PAUCIBACILARES: 6 cartelas

Faixa	Cartela PB
Adulto	Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada
	Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada e uma dose diária de 100 mg autoadministrada
Criança	Rifampicina (RFM): dose mensal de 450 mg (1 cápsula de 300 mg e 1 cápsula de 150 mg) com administração supervisionada
	Dapsona (DDS): dose mensal de 50 mg supervisionada e uma dose diária de 50 mg autoadministrada

Duração: 6 doses

Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada.

Critério de alta: o tratamento estará concluído com seis (6) doses supervisionadas em até 9 meses. Na 6ª dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico, a avaliações neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO 2

FICHA DE CONTROLE DE PACIENTES EM TRATAMENTO DE HANSENÍASE

MEDICAÇÃO			
MH Paucibacilar - Adulto		MH Multibacilar – Adulto	
MH Paucibacilar – Infantil		MH Multibacilar – Infantil	

[illegible]

17 DAPSONA

Código	Versão	Data
17	02	29/04/2016

17.1 CAMPO DE APLICAÇÃO

Farmácias dos Serviços de Saúde da Secretaria de Saúde do Município de Campinas.

17.2 OBJETIVO

Garantir o uso seguro e racional da Dapsona 100 mg.

17.3 CONSIDERAÇÕES

A dapsona é um antibiótico utilizado no tratamento da hanseníase isolado ou em associação com outros antibióticos (kit hanseníase).

17.4 RESPONSABILIDADE

Profissionais de Farmácia (farmacêuticos e técnicos) dos Serviços de Saúde.

17.5 PROCEDIMENTO

- 1) Acolher o usuário;
- 2) Analisar a receita;
- 3) Observar se há relatório médico justificando o uso da dapsona. Na ausência deste, orientar o paciente que é necessário relatório médico com CID da doença;
- 4) Enviar por malote o relatório médico com a justificativa à Assistência Farmacêutica do Distrito. Se for autorizada, esta comunicará a Unidade e solicitará o medicamento para o almoxarifado;
- 5) Após a chegada do medicamento, ligar para o usuário;
- 6) Dispensar o medicamento, atualizando o GEMM/DIM.

17.6 RISCOS/ LIMITAÇÕES

O não conhecimento correto do fluxo acarreta demora na solicitação do medicamento e prejuízos ao usuário.

17.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. Brasília, 2006c

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Formulário Terapêutico Nacional 2010: Rename 2010**/Ministério da Saúde, Secretaria de

Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. - 2. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2011.1136p.: il. - (Série B. Textos Básicos de Saúde).

ELABORADO POR: Assistência Farmacêutica Distrito de Saúde Leste	APROVADO POR: Grupo Técnico da Assistência Farmacêutica	REVISAR EM:
Data: 16/06/2014	Data: 11/12/2015	Data: Abril/2017

18 CLORANFENICOL

Código	Versão	Data
18	02	29/04/2016

18.1 CAMPO DE APLICAÇÃO

Farmácias dos Serviços de Saúde da Secretaria de Saúde do Município de Campinas.

18.2 OBJETIVO

Garantir o acesso do usuário a medicação Cloranfenicol e o controle da febre maculosa.

18.3 CONSIDERAÇÕES

No protocolo da Prefeitura Municipal de Campinas, a medicação Cloranfenicol 150mg/5mlé indicada para tratamento da febre maculosa em crianças. O tratamento deve ser iniciado logo após a suspeita do diagnóstico.

A febre maculosa é uma doença de notificação compulsória. Trata-se de uma infecção aguda causada pela bactéria, *Rickettsia rickettsii*, que sobrevive dentro das glândulas salivares do carrapato *Amblyomma cajennense*. Esses carrapatos são também conhecidos como “carrapato-estrela”, “carrapato de cavalo" ou "rodoleiro”.

O carrapato infectado pica o hospedeiro e, através de sua regurgitação, inocula a bactéria na corrente sanguínea do animal ou, mais raramente, em feridas abertas. No homem isso não é comum porque, para que haja a infecção, o carrapato tem que ficar aderido na pele de 4 a 6 horas.

18.4 RESPONSABILIDADE

Profissionais de Farmácia (farmacêuticos e técnicos) das Unidades Básicas de Saúde do Município de Campinas.

18.5 PROCEDIMENTO

- 1) Acolher o usuário;
- 2) Observar se a receita apresenta-se de forma legível, dentro do prazo de validade e se possui todos os dados obrigatórios;
- 3) Encaminhar o usuário para a equipe de enfermagem para esta verificar se o caso foi notificado na Visa Local;
- 4) Coletar os dados do paciente para cadastro e posterior contato;
- 5) Solicitar o medicamento ao Almoxarifado da Saúde, informando nome completo, posologia e número de SINAN;
- 6) Quando o medicamento estiver disponível na unidade, entrar em contato com o usuário para retirada da medicação;
- 7) Dispensar a medicação, atualizando o sistema e a planilha de controle.

18.6 RISCOS/ LIMITAÇÕES

O não conhecimento correto do fluxo acarreta demora ao início do tratamento e prejuízos à saúde do usuário.

18.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos.**Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização.** Brasília, 2006c

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica.**Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso** / Ministério da Saúde, 8. ed. rev. – Brasília: 2010.

ELABORADO POR: Assistência Farmacêutica Distrito de Saúde Leste	APROVADO POR: Grupo Técnico da Assistência Farmacêutica	REVISAR EM:
Data: 10/09/2014	Data: 11/12/2015	Data: Abril/2017

19 METILFENIDATO

Código	Versão	Data
19	02	29/04/2016

19.1 CAMPO DE APLICAÇÃO

Farmácias dos Serviços de Saúde da Secretaria de Saúde do Município de Campinas.

19.2 OBJETIVO

Garantir o uso seguro e racional do medicamento Metilfenidato.

19.3 CONSIDERAÇÕES

No município de Campinas, o metilfenidato está padronizado para crianças e adolescentes (8 a 18 anos) com sintomas de hiperatividade e/ou déficit de atenção, diagnosticados criteriosamente com TDAH (Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade).

O metilfenidato está incluído na Portaria 344/98 e RDC nº 22 de 15/02/2001 – Lista A3, sendo prescrito em Notificação A (amarela). A quantidade prescrita deve ser para 30 dias e é válida em todo Território Nacional.

19.4 RESPONSABILIDADE

Profissionais médicos para avaliação dos casos, profissionais de Farmácia (farmacêuticos e técnicos) das Unidades Básicas de Saúde do Município de Campinas e Assistência Farmacêutica dos Distritos de Saúde.

19.5 PROCEDIMENTO

- 1) Acolher o usuário;
- 2) Analisar a receita e a notificação A;
- 3) Verificar se a receita vem acompanhada de:
 - a. Exames: hemograma completo; TSH, AST, ALT e ECG (eletrocardiograma);
 - b. Curva de crescimento;
 - c. Relatório do Terapeuta que acompanha o paciente por pelo menos 6 meses e relatório escolar;
 - d. Solicitação inicial via formulário específico. Este deve ser feita por psiquiatra ou neuropediatra;
- 4) Pedir ao paciente que aguarde por um prazo de até 15 dias para um retorno;
- 5) Enviar por malote: o formulário original, as cópias das receitas, dos exames, da curva de crescimento e dos relatórios para a Assistência Farmacêutica do Distrito. Esta encaminhará os documentos para avaliação médica;
- 6) Após a autorização e a chegada do medicamento, ligar para o usuário;
- 7) Dispensar o medicamento utilizando o sistema informatizado;

- 8) Orientar o paciente o tempo que a solicitação é válida e que deverá trazer uma notificação A todo mês para a retirada do medicamento;
- 9) Para renovação da solicitação é necessária a entrega de:
 - a. Exames;
 - b. Curva de crescimento;
 - c. Relatórios e
 - d. Solicitação via formulário

19.6 RISCOS/ LIMITAÇÕES

O não conhecimento correto do fluxo acarreta demora na solicitação do medicamento e prejuízos ao usuário.

19.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Protocolo de uso Metilfenidato – Prefeitura Municipal de Campinas, 2014;

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos.**Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização.** Brasília, 2006c.

Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 44, de 2009 – **Boas Práticas Farmacêuticas.** Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 ago. 2009.

ELABORADO POR: Assistência Farmacêutica Distrito de Saúde Norte	APROVADO POR: Grupo Técnico da Assistência Farmacêutica	REVISAR EM:
Data: 23/02/2013	Data: 11/12/2015	Data: Abril/2017

20 LACTULOSE

Código	Versão	Data
20	02	29/04/2016

20.1 CAMPO DE APLICAÇÃO

Farmácias dos Serviços de Saúde da Secretaria de Saúde do Município de Campinas.

20.2 OBJETIVO

Garantir o uso racional e o acesso do usuário à medicação Lactulose.

20.3 CONSIDERAÇÕES

No protocolo da Prefeitura Municipal de Campinas, a medicação Lactulose é indicada para profilaxia e tratamento de encefalopatia hepática, tanto no pré-coma quanto no coma hepático.

A encefalopatia hepática é uma síndrome neuropsiquiátrica que ocorre em consequência de falência hepática aguda, subaguda ou crônica. Manifesta-se de forma variável, desde pequenas alterações de personalidade e na cognição, até uma diminuição significativa da memória e da atenção.

20.4 RESPONSABILIDADE

Profissionais de Farmácia (farmacêuticos e técnicos) das Unidades Básicas de Saúde do Município de Campinas.

20.5 PROCEDIMENTO

- 1) Acolher o usuário;
- 2) Analisar a receita;
- 3) Orientar o usuário que é necessário:
 - a. Relatório médico justificando o uso da Lactulose;
 - b. Cópia da receita;
- 4) Anotar telefone do usuário para posterior contato. Avisar que esse processo pode demorar em torno de 10 dias;
- 5) Encaminhar: justificativa e a cópia da receita à Assistência Farmacêutica Distrital;
- 6) Em caso de autorização, o Distrito solicitará a medicação ao almoxarifado;
- 7) Após autorização e disponibilidade de medicação no Centro de Saúde, entrar em contato com o paciente;
- 8) Dispensar a lactulose atualizando o sistema;
- 9) Todo mês a Assistência Farmacêutica do Distrito solicitará a medicação ao almoxarifado;
- 10) Quando houver interrupção do tratamento avisar o Distrito para cancelamento do pedido.

20.6 RISCOS/LIMITAÇÕES

O não conhecimento correto do fluxo acarreta demora no início do tratamento e prejuízos à saúde do usuário.

20.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. Brasília, 2006c

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Formulário Terapêutico Nacional 2010: Rename 2010**/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. - 2. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2011.1136p.: il. - (Série B. Textos Básicos de Saúde).

ELABORADO POR: Assistência Farmacêutica Distrito de Saúde Leste	APROVADO POR: Grupo Técnico da Assistência Farmacêutica	REVISAR EM:
Data: 08/09/2014	Data: 11/12/2015	Data: Abril/2017

21 FÁRMACOS E INSUMOS ANTITABAGISMO

Código	Versão	Data
21	02	29/04/2016

21.1 CAMPO DE APLICAÇÃO

Farmácias dos Serviços de Saúde do Município de Campinas credenciados no Programa Antitabagismo.

21.2 CAMPO DE APLICAÇÃO

Serviços de saúde credenciados no Programa Antitabagismo.

21.3 OBJETIVO

Garantir os fármacos e insumos necessários para o Programa Antitabagismo.

21.4 CONSIDERAÇÕES

Os fármacos e insumos de Tabagismo somente são disponibilizados para serviços de saúde credenciados. Estes serviços são responsáveis por enviar trimestralmente a Planilha de Consolidação das Informações da Distribuição dos Medicamentos (Anexo 1) por email para a Assistência Farmacêutica Distrital, conforme tabela abaixo:

PERÍODO	DATA LIMITE PARA ENVIO
Janeiro a Março	10/04
Abril a Junho	10/07
Julho a Setembro	10/10
Outubro a Dezembro	10/01

A Planilha de Consolidação das Informações da Distribuição dos Medicamentos é enviada ao Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas - CRATOD e ao Ministério da Saúde para repasse dos medicamentos e insumos.

Há dois tipos de credenciamento:

- Credenciamento pelo Programa Estadual de Tabagismo:
 - Ter 3 profissionais de nível superior (sendo pelo menos um médico) capacitados pelo Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas – CRATOD;
 - Projeto de Tabagismo da Unidade;
 - Termo de Ambiente Livre de Tabaco da Unidade;
 - Termo de vistoria da Vigilância Sanitária;

- Credenciamento da unidade que tenha aderido ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e, neste, ao Programa Nacional de Tabagismo (PNCT):
 - Ter 2 profissionais de nível superior (sendo destes preferencialmente um médico) capacitado pelo DRS VII Campinas (capacitação regional).

Fármacos e insumos padronizados:

- 1) Adesivos Nicotina 7 mg, 14 mg e 21 mg;
- 2) Comprimidos Bupropiona 150 mg.

Gomas e/ ou pastilhas de nicotina 2 mg e 4 mg respectivamente.

21.5 RESPONSABILIDADE

Coordenador da Unidade de Saúde, equipe credenciada, Farmacêutico e/ ou técnico de farmácia do Serviço de Saúde.

21.6 PROCEDIMENTO

- 1) A dispensação dos fármacos e insumos deve ser feita pelo GEMM, nominalmente e com número de cartão SUS, para garantir o controle das entradas e saídas;
- 2) Ajudar na elaboração da Planilha de Consolidação das Informações da Distribuição dos Medicamentos, fornecendo os dados necessários;
- 3) Informar as entradas, saídas por dispensação, remanejamentos, perdas e estoque físico ao final do trimestre;
- 4) Encaminhar a planilha trimestralmente ao Distrito por e-mail – até o dia 10 do mês posterior ao trimestre.

21.7 RISCOS/LIMITAÇÕES

O não envio da Planilha de Consolidação das Informações da Distribuição dos Medicamentos dentro do prazo pode interromper o recebimento dos fármacos e insumos.

21.8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. Brasília, 2006c

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. Brasília, 2006c.

ELABORADO POR: Assistência Farmacêutica Distrito de Saúde Sul	APROVADO POR: Grupo Técnico da Assistência Farmacêutica	REVISAR EM:
Data: 22/05/2014	Data: 11/12/2015	Data: Abril/2017

Planilha de Consolidação de Informações do Tratamento do Tabagismo - Unidade de Saúde

Número do CNES da Unidade de Saúde:

Nome da Unidade de Saúde:

Endereço completo/telefone:

Profissional responsável pelo preenchimento:

Período de atendimento <small>Escreva:</small> 1 (jan a mar), 2 (abr a jun), 3 (jul a set) ou 4 (out a dez)	Ano	UF	Município	Dados do atendimento ocorrido no período					Indicadores de atendimento		
				Nº de pacientes atendidos na 1ª consulta de avaliação clínica	Nº de pacientes que participaram da 1ª sessão	Nº de pacientes que participaram da 4ª sessão	Nº de pacientes sem fumar na 4ª sessão	Nº de pacientes que usaram algum medicamento para tratamento do tabagismo	Abandono (%)	Cessaçã o (%)	Pacientes que utilizaram medicação (%)
									0,00	0,00	0,00

Planilha de Consolidação de Informações do Tratamento do Tabagismo - Município

[illegible]

Planilha de Consolidação de Informações do Tratamento do Tabagismo - Regional

[illegible]

Planilha de Consolidação de Informações do Tratamento do Tabagismo - Estado

[illegible]

22 LEITE PARA MÃES PORTADORAS DO HIV

Código	Versão	Data
22	02	29/04/2016

22.1 CAMPO DE APLICAÇÃO

Farmácias dos Serviços de Saúde da Secretaria de Saúde do Município de Campinas.

22.2 OBJETIVO

Garantir o acesso a leite em pó para filhos de mães portadoras do vírus HIV, do nascimento até completar 1 ano de idade.

22.3 CONSIDERAÇÕES

Mães soropositivas para o HIV não devem amamentar seus filhos com leite materno, pois o vírus do HIV encontra-se presente no fluido. Desse modo, o SUS fornece o leite em pó (fórmula infantil de partida) nos primeiros 6 meses de vida da criança. A partir do 7º mês até a criança completar 1 ano de idade fornecerá o leite em pó integral.

22.4 RESPONSABILIDADE

Enfermagem, profissionais de Farmácia (farmacêuticos e técnicos) das Unidades Básicas de Saúde, Distritos de Saúde e VISA local.

22.5 PROCEDIMENTO

- 1) Mediante pedido da equipe médica (prescrição médica), a enfermagem solicitará ao Distrito a fórmula infantil de partida (0 a 6 meses) -(vide Anexo 1);
- 2) A solicitação deverá ser encaminhada ao Distrito de Saúde ou a VISA local conforme definido no Distrito de Referência
- 3) O encaminhará o pedido ao almoxarifado;

Obs.: Cada criança receberá 10 latas de leite por mês.

- 4) A unidade deve solicitar mensalmente ao responsável por e-mail. Todo mês o almoxarifado enviará o leite às unidades, como BEC ou eventual;
- 5) Ao chegar à UBS, deverá ser dada a entrada do item no GEMM e comunicar a equipe de enfermagem. Esta entrará em contato com a mãe informando a disponibilidade do leite em pó;
- 6) Armazenar o leite em pó na farmácia e manter o controle das pacientes que o retiram;
- 7) Dispensar o leite através do GEMM;
- 8) Informar à mãe que todo mês o leite estará disponível para retirada na unidade;
- 9) É importante monitorar a retirada do leite pela mãe. Caso não seja retirado, deve-se entrar em contato com a mãe e verificar o motivo;
- 10) Em caso de desistência, avisar a equipe de referência e o responsável no Distrito para o cancelamento do pedido ao almoxarifado;

11) No 7º mês será enviada automaticamente a fórmula do leite em pó integral, ficando a cargo do Distrito a solicitação mensal ao almoxarifado. Portanto, não se faz necessária a renovação da solicitação.

22.6 RISCOS/LIMITAÇÕES

O desconhecimento do fluxo pode acarretar prejuízos à saúde do bebê.

22.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. Brasília, 2006c

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso** / Ministério da Saúde, 8. ed. rev. – Brasília: 2010.

ELABORADO POR: Assistência Farmacêutica Distrito de Saúde Leste	APROVADO POR: Grupo Técnico da Assistência Farmacêutica	REVISAR EM:
Data: 07/05/2014	Data: 11/12/2015	Data: Abril/2017

22.8 ANEXO

FO1211- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Formulário para Solicitação de Leite em Pó

UNIDADE DE SAÚDE SOLICITANTE: _____

IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE/PUÉRPERA

NOME: _____

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: _____

Nº DO PRONTUÁRIO: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____

() Gestante Data provável do parto: _____

() Puérpera Data do nascimento do RN: _____

TIPO DE LEITE SOLICITADO

() Leite em Pó Fórmula Enriquecida Código - 31878

() Leite em pó Integral Código - 14312

Nome do profissional solicitante: _____

Data da solicitação: _____

23 MEDICAMENTOS PARA ABORDAGEM SINDRÔMICA

Código	Versão	Data
23	02	29/04/2016

23.1 CAMPO DE APLICAÇÃO

Farmácias dos Serviços de Saúde da Secretaria de Saúde do Município de Campinas.

23.2 OBJETIVO

Garantir o tratamento medicamentoso aos pacientes com DST.

23.3 CONSIDERAÇÕES

O atendimento imediato de uma DST não é apenas uma ação curativa; é também uma ação preventiva da transmissão e do surgimento de outras complicações. A espera em longas filas, o agendamento para nova data, a falta de medicamentos e a discriminação e/ou falta de confidencialidade são fatores que induzem à busca de resolução fora do sistema formal de saúde. Para propiciar o diagnóstico precoce e tratamento imediato, propõe-se o uso de abordagem sindrômica, que se baseia em fluxogramas de conduta.

Para o atendimento adequado e tratamento oportuno às pessoas com DST, é fundamental a disponibilidade dos medicamentos padronizados. É de responsabilidade dos profissionais da farmácia manter o estoque mínimo de medicamentos estabelecidos no Anexo 1. Caso esteja em falta o medicamento prescrito, tentar empréstimo ou solicitar ajuda no Distrito para conseguir atender o usuário. Ao receber o BEC, verificar os lotes dos medicamentos da abordagem sindrômica e a ordem de dispensação.

23.4 RESPONSABILIDADE

Profissionais de Farmácia (farmacêuticos e técnicos) das Unidades Básicas de Saúde do Município de Campinas.

23.5 PROCEDIMENTO

- 1) Acolher o usuário;
- 2) Receber e reter a receita, de acordo com o POP de dispensação de antimicrobianos (POP 9);
- 3) A receita poderá ser emitida por enfermeiros, seguindo os protocolos do Ministério da Saúde.
- 4) Os medicamentos deveram estar em local próprio, separados dos outros, para melhor visualização, controle e rapidez na dispensação e reposição.

23.6 RISCOS/LIMITAÇÕES

Deixar de dispensar medicamentos para as DST pode contribuir para sua maior disseminação na população.

23.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: 2005

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos.**Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. Brasília, 2006c

ELABORADO POR: Assistência Farmacêutica Distrito de Saúde Noroeste	APROVADO POR: Grupo Técnico da Assistência Farmacêutica	REVISAR EM:
Data: 31/05/2014	Data: 11/12/2015	Data: Abril/2017

23.8 ANEXO



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
MEDICAMENTOS ABORDAGEM SINDRÔMICA

Síndrome	DST	Medicamentos	Observação	Quantidade/Tratamento
Úlcera Genital	Herpes Genital	Aciclovir 400 mg 8/8 horas por 7 dias		42 cpr
	Sífilis	Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI sol inj OU Doxiciclina 100mg 12/12 horas por 14 dias		penicilina - 2 frascos doxiciclina - 28 cp
	Cancro Mole	Azitromicina 1 G comp Dose Única OU Ciprofloxacina 500mg comp 12/12 horas por 3 dias OU Eritromicina 500mg comp 6/6 horas por 7 dias		Azitromicina - 2 cpr; Ciprofloxacina - 6 cpr; Eritromicina 250mg - 56 cpr
Corrimento Uretral	Clamídia	Azitromicina 1 G comp Dose Única OU Doxiciclina 100mg comp 12/12 horas por 7 dias		Azitromicina - 2 cpr ; Doxiciclina - 28 cpr
	Gonorreia	Ciprofloxacina 500mg comp Dose Única		Ciprofloxacina - 1 cpr
Corrimento Vaginal	Clamídia	Azitromicina 1 G comp Dose Única OU Doxiciclina 100mg comp 12/12 horas por 7 dias		Azitromicina - 2 cpr ; Doxiciclina - 28 cpr
	Gonorreia	Ciprofloxacina 500mg comp Dose Única		Ciprofloxacina - 1 cpr
	Tricomoníase	Metronidazol 400 a 500mg comp 12/12 horas por 7 dias		Metronidazol - 28 cpr
	Vaginose Bacteriana	Metronidazol 400 a 500mg comp 12/12 horas por 7 dias		Metronidazol - 28 cpr
	Candidíase	Miconazol 2% cr vaginal por 7 dias OU	OBS: 2ª opção Fluconazol 150mg 1 comp Dose Única	Miconazol - 1 tb
		Nistatina 100.000 UI cr vaginal por 14 dias		Nistatina - 2 tb
Dor Pélvica	DIP (Doença Inflamatória Pélvica)	Ciprofloxacina 500mg comp 12/12 horas por 14 dias + Doxiciclina 100 mg 12/12 horas 14 dias + metronidazol 500 mg 12/12 horas 14 dias		Ciprofloxacina - 28 cpr; Doxiciclina - 28 cpr ; metronidazol 56 cpr
HPV		ATA 80-90%		

Sugestão de estoque mínimo para DST	Sugestão de estoque mínimo para DST
7835 Aciclovir 200mg comp - 42 comprimidos	7782 Metronidazol 250mg comp - 56 comprimidos
7846 Penicilina G Benzatina 1.200.000 UI sol. Inj - 2 fr	35973 Miconazol 2% cr vaginal - 01 tubo
31822 Azitromicina 500mg comp - 2 comprimidos	7991 Nistatina 25.000 UI/G cr vaginal - 02 tubos
22850 Ciprofloxacina 500mg comp - 28 comprimidos	20623 Fluconazol 150mg comp - 1 comprimido
7779 Eritromicina 250mg comp - 56 comprimidos	
8234 Doxiciclina 100mg comp - 28 comprimidos	

24 RIFAMPICINA – INFECÇÃO DE PRÓTESE ORTOPÉDICA E OSTEOMIELTE

Código	Versão	Data
24	02	29/04/2016

24.1 CAMPO DE APLICAÇÃO

Farmácias dos Centros de Saúde do Município de Campinas.

24.2 OBJETIVO

Garantir o uso seguro e racional da Rifampicina 300 mg no tratamento da infecção de prótese ou da osteomielite.

24.3 CONSIDERAÇÕES

A Rifampicina é um antibiótico que possui sua distribuição controlada pelo Departamento de Vigilância Sanitária (DEVISA), pois também é utilizada, associada a outras drogas, no tratamento da tuberculose ativa. Seu uso irracional pode desenvolver a resistência bacteriana. Por essa razão, o uso da Rifampicina isolada na Secretaria Municipal de Saúde segue um protocolo. O deferimento dessa medicação isolada para infecção de prótese ortopédica e osteomielite é feito mediante análise do grupo avaliador (DEVISA).

Obs.: a Rifampicina isolada também pode ser usada para bloqueio de meningite. Porém, nesses casos, é a própria VISA local, em contato com a equipe de Enfermagem e o Distrito, que solicitam o medicamento.

RESPONSABILIDADE

Profissionais de Farmácia (farmacêuticos e técnicos) das Unidades Básicas de Saúde do município de Campinas e Assistência Farmacêutica dos Distritos de Saúde.

24.4 PROCEDIMENTO

- 1) Acolher o usuário.

2) Analisar a receita.

3) Verificar se a receita vem acompanhada de:

a) Ficha para Solicitação de Uso de Rifampicina (anexo 1- F01210);

Obs.: Ficha disponível no site <http://www.campinas.sp.gov.br/governo/gestao-e-controle/impressos/index.php>

b) Relatório Médico;

c) Laudo da Cultura (Identificação da bactéria);

d) Antibiograma;

e) Exame PPD (cópia do laudo);

f) RX de tórax (cópia do laudo).

4) Entrar em contato com a Assistência Farmacêutica do Distrito para informar o caso.

- 5) Enviar por malote, o mais breve possível, toda a documentação solicitada.
- 6) Após a autorização da DEVISA e a chegada do medicamento na Unidade, ligar para o usuário.
- 7) Dispensar o medicamento, atualizando o GEMM.
- 8) Orientar o paciente por quanto tempo foi autorizada a medicação e reforçar essa informação no último mês de retirada.

24.5 RISCOS/ LIMITAÇÕES

O não conhecimento correto do fluxo acarreta demora na solicitação do medicamento e prejuízos à saúde do usuário.

24.6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos.**Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2009.


Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização.** Brasília, 2006c.

ELABORADO POR: Assistência Farmacêutica Distrito de Saúde Leste	APROVADO POR: Grupo Técnico da Assistência Farmacêutica	REVISAR EM:
Data: 16/06/2014	Data: 11/12/2015	Data: Abril/2017




24.7 ANEXO 1

F01210



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



FICHA PARA SOLICITAÇÃO DE USO DE RIFAMPICINA EM PACIENTES
COM INFECÇÃO DE PRÓTESE ORTOPÉDICA E OSTEOMIELTE

UNIDADE SOLICITANTE:

CAMPO I - IDENTIFICAÇÃO:

NOME:		DATA DE NASCIMENTO:
ENDEREÇO (RUA, AVENIDA):		
NÚMERO:	COMPLEMENTO:	
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO:		TELEFONE / FAX PARA CONTATO:

CAMPO II - JUSTIFICATIVA:

INFECÇÃO DE PRÓTESE ORTOPÉDICA:		OSTEOMIELTE:	
SÍTIO:	DATA DE DIAGNÓSTICO:	SÍTIO:	DATA DE DIAGNÓSTICO:

CAMPO III - DIAGNÓSTICO:

RELATÓRIO MÉDICO (OBRIGATÓRIO)	RX	RESULTADO DE CULTURAS
CULTURAS (AUXÍLIO OBRIGATÓRIO)	CINTILOGRAFIA	OUTROS
VHS		

CAMPO IV - PRESCRIÇÃO:

INÍCIO DO TRATAMENTO:

ANTIMICROBIANOS DE USO PRÉVIO:	ANTIMICROBIANOS DE USO ATUAL:
1:	1:
2:	2:
3:	3:

DATA DA PRESCRIÇÃO DA RIFAMPICINA:	POSOLOGIA DA RIFAMPICINA: (MG/DIA)	NÚMERO DE COMPRIMIDOS DA RIFAMPICINA: (OPMÉS)	TEMPO PROVÁVEL DE TRATAMENTO:
------------------------------------	---------------------------------------	--	-------------------------------

CAMPO V - AVALIAÇÃO PRÉ-USO:

CLÍNICA:	COMORBIDADES:	
SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO:	TUBERCULOSE PRÉVIA:	
TOSSE	FORMA CLÍNICA:	DATA DE TRATAMENTO:
EXPECTORAÇÃO	ESQUEMA DE TRATAMENTO:	DATA DE ALTA:
OUTROS	CRITÉRIO DE ALTA:	
EMAGRECIMENTO	CURA	ABANDONO
FEBRE	HM / AIDS	HEPATOPATIA
ADENOMEGALIA	IMUNOSUPRESSÃO	OUTROS:

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS:

CONTATO COM PACIENTES PACÍFIFEROS	INSTITUCIONALIZADO
-----------------------------------	--------------------

25 SOLICITAÇÃO E DISPENSAÇÃO DE FITOTERÁPICOS – BOTICA DA FAMÍLIA

Código	Versão	Data
25	02	29/04/2016

25.1 CAMPO DE APLICAÇÃO

O presente procedimento se aplica à Assistência Farmacêutica dos Distritos de Saúde Leste, Noroeste, Norte, Sudoeste e Sul, aos farmacêuticos e/ou técnicos de farmácia das Unidades Básicas de Saúde dos respectivos distritos e a todos os servidores da Farmácia Botica da Família.

25.2 OBJETIVO

Padronizar os procedimentos para solicitação de medicamentos manipulados fitoterápicos à Farmácia Botica da Família, bem como a dispensação dos mesmos nas Unidades da Saúde, através do sistema GEMM (Gestão Estratégica de Materiais e Medicamentos).

25.3 CONSIDERAÇÕES

Os medicamentos manipulados fitoterápicos padronizados produzidos pela Botica da Família são:

1. Creme de Arnica 5% - 50g;
2. Creme de Arnica 5% - 250g;
3. Gel de Arnica 5% - 50g;
4. Gel de Arnica 5% - 250g;
5. Creme de Babosa 25% - 50g;
6. Creme de Babosa 25% - 250g;
7. Gel de Babosa 25% - 50g;
8. Gel de Babosa 25% - 250g;
9. Creme de Calêndula 5% - 50g;
10. Creme de Calêndula 5% - 250g;
11. Gel de Calêndula 5% - 50g;
12. Gel de Calêndula 5% - 250g;
13. Creme de Hamamélis 10% - 50g;
14. Creme de Hamamélis 10% - 250g;
15. Creme de Papaína 10% - 50g;

16. Gel de Papaína 10% - 250g;
17. Chá de Camomila – 25g;
18. Chá de Espinheira Santa – 30g;
19. Chá de Tanchagem – 30g;
20. Chá de Maracujá – 30g;
21. Chá de Quebra-Pedra – 140g;
22. Xarope de Guaco 10% comum – 150 mL;
23. Xarope de Guaco 10% dietético 10% - 150 mL;
24. *Ginkgo biloba* 40 mg cápsulas – 30 cápsulas;
25. *Ginkgo biloba* 80 mg cápsulas – 30 cápsulas;
26. *Hypericum perforatum* 300 mg cápsulas – 30 cápsulas;
27. Tintura de Arnica – 20 mL;
28. Tintura de Calêndula – 20 mL

Os medicamentos de uso interno (cápsulas) só podem ser prescritos por médicos. Já os medicamentos para uso externo e camomila (chá) podem ser prescritos por enfermeiros capacitados, conforme Portaria nº 07 de 19 de novembro de 2004 (Anexo1).

25.4 RESPONSABILIDADE

Profissionais de Farmácia (farmacêuticos e técnicos) da Farmácia Botica da Família, das Unidades Básicas de Saúde do Município de Campinas e Assistência Farmacêutica dos Distritos de Saúde.

25.5 PROCEDIMENTO

- 1) SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS FITOTERÁPICOS À BOTICA DA FAMÍLIA
 - a) Acessar GEMM → Clicar MOVIMENTAÇÃO → Clicar REMANEJAMENTO → Clicar PEDIDO DE REMANEJAMENTO.
 - b) Clicar em NOVO

PMC - PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS | GEMM - Gestão Estratégica de Materiais e Medicamentos

Logon

Usuário: glaison | **Unidade:** AMBULATORIO CEASA

Menu

- Cadastro
- Receita
- Movimentação
- Entrada de Material - Manual
- Remanejamento
 - Gerar Remanejamento
 - Atender Remanejamento
 - Atender por material
- Solicitação de Materiais
 - Ajustar Estoque
 - Reverter Ajustes de Estoque
 - Inventário
 - Bloquear Lote
- Integração SIG2M
- Consulta/Relatório
- Mensagem
- Controle de Acesso
- Manuais

Movimentação->Gerar Remanejamento

Lista de Remanejamentos

Pesquisar Por: Data Solicitação Ordenar Lista: Data Solicitação OK Novo

Data Solicitação	Unidade Solicitante	Unidade Solicitada	Solic	Nº Solicitação	
19/01/2015	AMBULATORIO CEASA	BOTICA DA FAMILIA	●	18252	
06/01/2015	AMBULATORIO CEASA	BOTICA DA FAMILIA	●	18251	
05/01/2015	AMBULATORIO CEASA	CS AURELIA	●	18250	
23/12/2014	AMBULATORIO CEASA	BOTICA DA FAMILIA	●	18249	
19/12/2014	AMBULATORIO CEASA	BOTICA DA FAMILIA	●	18248	
17/12/2014	AMBULATORIO CEASA	BOTICA DA FAMILIA	●	18247	
16/12/2014	AMBULATORIO CEASA	BOTICA DA FAMILIA		18246	
16/12/2014	AMBULATORIO CEASA	BOTICA DA FAMILIA	●	18245	
12/11/2014	AMBULATORIO CEASA	CS ROSSIN	●	17789	
03/11/2014	AMBULATORIO CEASA	CS SAO MARCOS		17609	
30/10/2014	AMBULATORIO CEASA	CS SAO MARCOS	●	17544	
16/10/2014	AMBULATORIO CEASA	BOTICA DA FAMILIA	●	17233	
16/10/2014	AMBULATORIO CEASA	BOTICA DA FAMILIA	●	17232	
16/10/2014	AMBULATORIO CEASA	BOTICA DA FAMILIA	●	17231	
16/10/2014	AMBULATORIO CEASA	BOTICA DA FAMILIA	●	17230	

Sistema: GEMM - Gestão Estratégica de Materiais e Medicamentos
 Sistema monitorado. IP: 172.23.25.129
 Data: 21/01/2015


Informática de Municípios Associados
e-Gov Intelligence
www.ima.sp.gov.br


c) Selecionar no campo: UNIDADE SOLICITADA: BOTICA DA FAMÍLIA.


[illegible]

OBS: FAZER UM ÚNICO PEDIDO INCLUINDO TODOS OS MEDICAMENTOS A SEREM SOLICITADOS À BOTICA DA FAMÍLIA.

d) Clicar em material (escrever ou buscar na lupa) → Quantidade (obs.: apenas para completar a cota estabelecida)→ clicar em ADICIONAR


PMC - PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS | GEMM - Gestão Estratégica de Materiais e Medicamentos



 Logout

Usuário: **glatson** | Unidade: **AMBULATORIO CEASA**

Menu

- Cadastro
- Receita
- Movimentação
- Entrada de Material - Manual
- Remanejamento**
 - Gerar Remanejamento**
 - Atender Remanejamento
 - Atender por material
- Solicitação de Materiais
- Ajustar Estoque
- Reverter Ajustes de Estoque
- Inventário
- Bloquear Lote

< 111 >

Integração SIG2M
 Consulta/Relatório
 Mensagem
 Controle de Acesso
 Manuais

Movimentação->Gerar Remanejamento

Pedido de Remanejamento: Inclusão

* Unidade Solicitante: AMBULATORIO CEASA
 * Unidade Solicitada: BOTICA DA FAMILIA

Materiais

* Material:
 * Quantidade:

Adicionar

Pesquisar

Limpar

Material


Código	Material
--------	----------


Salvar

Fechar

Sistema: **GEMM - Gestão Estratégica de Materiais e Medicamentos**
 Sistema monitorado. IP: 172.23.25.129
 Data: 21/01/2015

Informática de Municípios Associados
 e-Gov Intelligence
 www.ima.sp.gov.br





PM - PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS | GEMM - Gestão Estratégica de Materiais e Medicamentos

Logout

Usoário: glaison | Unidade: AMBULATORIO CEASA

Menu

Cadastro

Receita

Movimentação

Entrada de Material - Manual

Remanejamento

Gerar Remanejamento

Atender Remanejamento

Atender por material

Solicitação de Materiais

Ajustar Estoque

Reverter Ajustes de Estoque

Inventário

Bloquear Lote

Integração SIG2M

Consulta/Relatório

Mensagem

Controle de Acesso

Manuais

Movimentação->Gerar Remanejamento

Pedido de Remanejamento: Inclusão

* Unidade Solicitante: AMBULATORIO CEASA

* Unidade Solicitada: BOTICA DA FAMILIA

Materiais

* Material:



Pesquisar

Limpar

* Quantidade:

Adicionar

Material

Código	Material	Qtde. Solicitada	
47559	BABOSA 25% CREME 250G	10	 

Salvar

Fechar

Sistema: GEMM - Gestão Estratégica de Materiais e Medicamentos


Sistema monitorado. IP: 172.23.25.129

Data: 21/01/2015

Informática de Municípios Associados

e-Gov Intelligence

www.ima.sp.gov.br



PMC - PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS | GEMM - Gestão Estratégica de Materiais e Medicamentos

?

ima

Logout

Usuário: glaison | Unidade: AMBULATORIO CEASA

Menu

<<

Cadastro

+

Receita

+

Movimentação

-

Entrada de Material - Manual

Remanejamento

Gerar Remanejamento

Atender Remanejamento

Atender por material

Solicitação de Materiais

Ajustar Estoque

Reverter Ajustes de Estoque

Inventário

Bloquear Lote

Integração SIG2M

+

Consulta/Relatório

+

Mensagem

+

Controle de Acesso

+

Manuais

+

Movimentação->Gerar Remanejamento

Pedido de Remanejamento: Inclusão

* Unidade Solicitante: AMBULATORIO CEASA

* Unidade Solicitada: BOTICA DA FAMILIA

Materiais

* Material:

calend

* Quantidade:

CALENDULA 5% CREME 250G

CALENDULA 5% CREME 50G

CALENDULA 5% GEL 250G

CALENDULA 5% GEL 50G

CALENDULA TINTURA 30 ML

Material

Código	Material
47559	BABOSA 25% CREME 250G

Pesquisar

Limpar

Salvar

Fechar


Sistema: GEMM - Gestão Estratégica de Materiais e Medicamentos

Sistema monitorado. IP: 172.23.25.129

Data: 21/01/2015

Informática de Municípios Associados
e-Gov Intelligence
www.ima.sp.gov.br

ima



PMC - PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS | GEMM - Gestão Estratégica de Materiais e Medicamentos

?

ima

Logout

Usuário: glaison | Unidade: AMBULATORIO CEASA

Menu

Cadastro

Receita

Movimentação

Entrada de Material - Manual

Remanejamento

Gerar Remanejamento

Atender Remanejamento

Atender por material

Solicitação de Materiais

Ajustar Estoque

Reverter Ajustes de Estoque

Inventario

Bloquear Lote

Integração SIG2M

Consulta/Relatório

Mensagem

Controle de Acesso

Manuais

Movimentação->Gerar Remanejamento

Pedido de Remanejamento: Inclusão

* Unidade Solicitante: AMBULATORIO CEASA

* Unidade Solicitada: BOTICA DA FAMILIA

Materiais

* Material: CALENDULA 5% CREME 50G

* Quantidade: 30

Adicionar

Pesquisar

Limpar

Material

Código	Material	Qtde. Solicitada
47559	BABOSA 25% CREME 250G	10

Salvar

Fechar

Sistema: GEMM - Gestão Estratégica de Materiais e Medicamentos

Sistema monitorado. IP: 172.23.25.129


Data: 21/01/2015

Informática de Municípios Associados

e-Gov Intelligence

www.ima.sp.gov.br

ima



PMC - PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS | GEMM - Gestão Estratégica de Materiais e Medicamentos

Logout

Usuário: glaison | Unidade: AMBULATORIO CEASA

?

ima

Menu

Cadastro

Receita

Movimentação

Entrada de Material - Manual

Remanejamento

Gerar Remanejamento

Atender Remanejamento

Atender por material

Solicitação de Materiais

Ajustar Estoque

Reverter Ajustes de Estoque

Inventario

Bloquear Lote

Integração SIG2M

Consulta/Relatório

Mensagem

Controle de Acesso

Manuais

Movimentação -> Gerar Remanejamento

Pedido de Remanejamento: Inclusão

* Unidade Solicitante: AMBULATORIO CEASA

* Unidade Solicitada: BOTICA DA FAMILIA

Materiais

* Material:





* Quantidade:

Adicionar

Pesquisar

Limpar

Material

Código	Material	Qtde. Solicitada	
47562	CALENDULA 5% CREME 50G	30	 
47559	BABOSA 25% CREME 250G	10	 

Salvar

Fechar

Sistema: GEMM - Gestão Estratégica de Materiais e Medicamentos

Sistema monitorado. IP: 172.23.25.129


Data: 21/01/2015

Informática de Municípios Associados

e-Gov Intelligence

www.ima.sp.gov.br

ima



PMG - PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS | GEMM - Gestão Estratégica de Materiais e Medicamentos

Logout

Usuário: glaison | Unidade: AMBULATORIO CEASA

?

ima

Menu

Cadastro

Receita

Movimentação

Entrada de Material - Manual

Remanejamento

Gerar Remanejamento

Atender Remanejamento

Atender por material

Solicitação de Materiais

Ajustar Estoque

Reverter Ajustes de Estoque

Inventário

Bloquear Lote

III

Integração SIG2M

Consulta/Relatório

Mensagem

Controle de Acesso

Manuais

Movimentação->Gerar Remanejamento

Pedido de Remanejamento: Inclusão

* Unidade Solicitante: AMBULATORIO CEASA

* Unidade Solicitada: BOTICA DA FAMILIA

Materiais

* Material:

XAROPE DE GUACO 10% COMUM 150 ML

XAROPE DE GUACO 10% DIETETICO 150 ML

* Quantidade:

Pesquisar

Limpar

Material

Código	Material	Qtde. Solicitada	
47562	CALENDULA 5% CREME 50G	30	
47559	BABOSA 25% CREME 250G	10	

Salvar

Fechar

Sistema: GEMM - Gestão Estratégica de Materiais e Medicamentos

Sistema monitorado. IP: 172.23.25.129


Data: 21/01/2015


Informática de Municípios Associados

e-Gov Intelligence

www.ima.sp.gov.br

ima


PM - PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS | GEMM - Gestão Estratégica de Materiais e Medicamentos

 Logout
 Usuário: glaison | Unidade: AMBULATORIO CEASA

Menu

Cadastro

Receita

Movimentação

Entrada de Material - Manual

Remanejamento

Gerar Remanejamento

Atender Remanejamento

Atender por material

Solicitação de Materiais

Ajustar Estoque

Reverter Ajustes de Estoque

Inventário

Bloquear Lote

Integração SIG2M

Consulta/Relatório

Mensagem

Controle de Acesso

Manuais

Movimentação->Gerar Remanejamento

Pedido de Remanejamento: Inclusão

* Unidade Solicitante: AMBULATORIO CEASA

* Unidade Solicitada: BOTICA DA FAMILIA

Materiais

* Material: XAROPE DE GUACO 10% COMUM 150 ML





* Quantidade: 30

Adicionar

Pesquisar


Limpar

Material

Código	Material	Qtde. Solicitada	
47562	CALENDULA 5% CREME 50G	30	 
47559	BABOSA 25% CREME 250G	10	 


Salvar

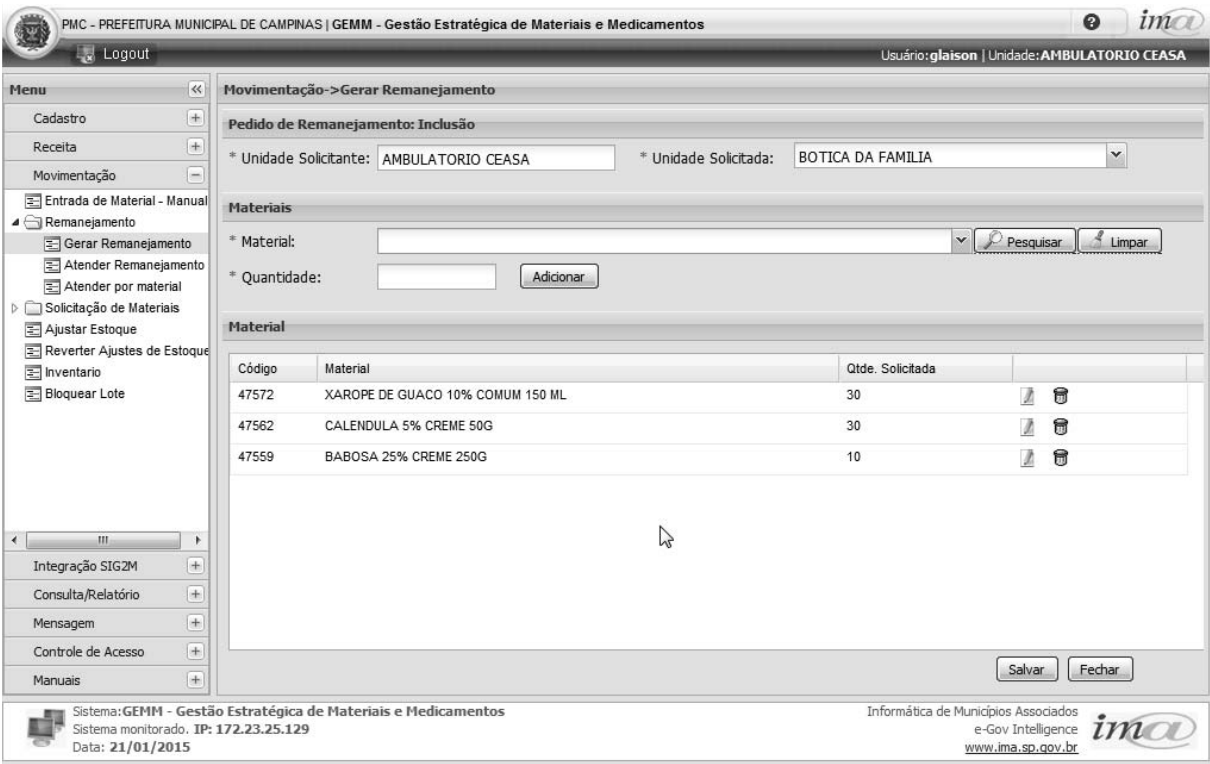
Fechar



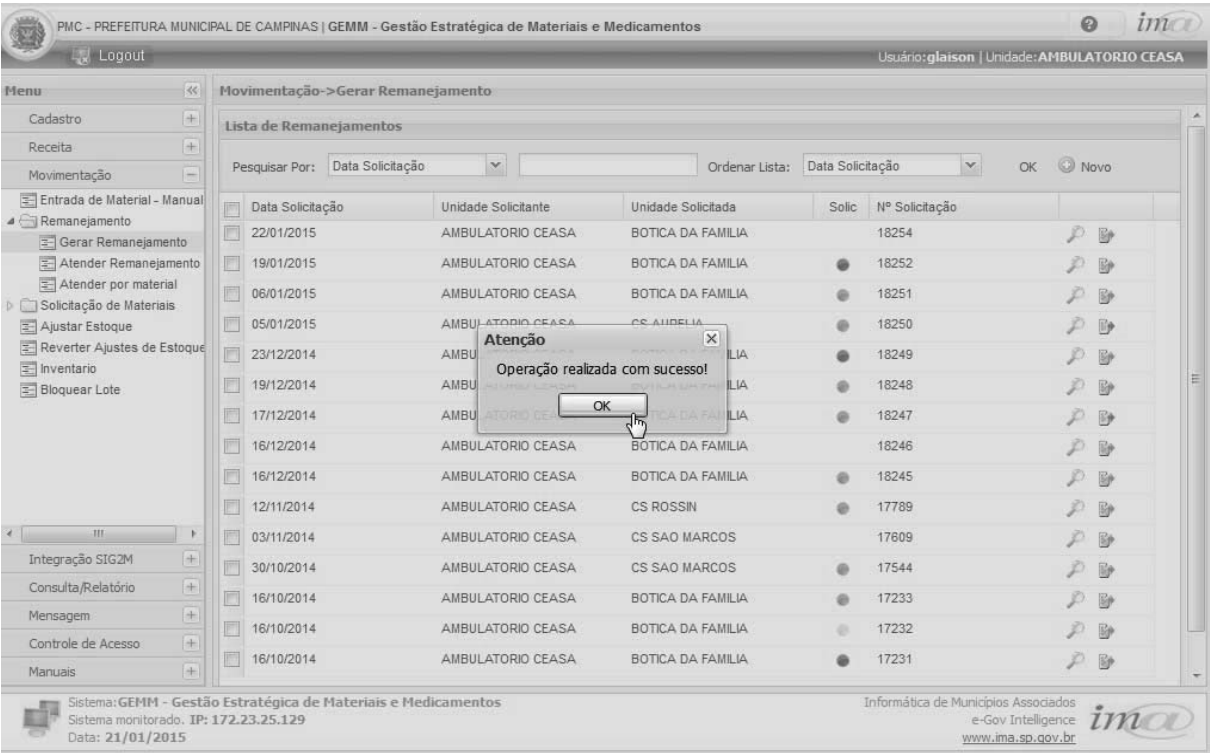
Sistema: GEMM - Gestão Estratégica de Materiais e Medicamentos
 Sistema monitorado. IP: 172.23.25.129
 Data: 21/01/2015

Informática de Municípios Associados
 e-Gov Intelligence
www.ima.sp.gov.br





→ CLICAR EM SALVAR.



IMPORTANTE

As farmácias das Unidades Básicas de Saúde AO RECEBEREM OS MEDICAMENTOS, terão que EFETIVAR O REMANEJAMENTO, pois, se não o fizerem, não poderão dispensá-los, não haverá controle e manutenção dos estoques. É importante lembrar e ressaltar que a Botica da Família ao atender o pedido de remanejamento, já gera o Livro de Receituário Geral, exigido pela legislação pertinente e, por consequência pela

- Ao receber a prescrição conferir nome do medicamento, concentração, posologia, modo de uso, nome do prescritor, data;
- Proceder a dispensação no sistema GEMM da mesma maneira dos demais medicamentos, não se esquecer de conferir lote.

4) REQUISIÇÃO PARA SETOR

- a) Para abastecimento da sala de curativos a equipe deverá realizar pedido para o setor no sistema GEMM: Movimentação → **Solicitação de Materiais** → **Solicitar Material para o Setor** .
- b) Para atendimento da solicitação do setor a farmácia deverá aceitar o pedido no sistema GEMM:

Movimentação → Solicitação de Materiais → Atender Solicitação do Setor.

5) PRAZO DE VALIDADE DOS MEDICAMENTOS FITOTERÁPICOS:

- a) Formas farmacêuticas **sólidas**: 6 meses.
- b) Formas farmacêuticas **semi-sólidas**: 6 meses.
- c) Formas farmacêuticas **líquidas**: 6 meses.

25.6 RISCOS/LIMITAÇÕES

A não solicitação de Fitoterápicos em tempo oportuno ocasiona falta desses medicamentos na unidade, restringindo o acesso dos usuários aos mesmos, podendo comprometer o tratamento e a qualidade da assistência prestada.

25.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1ª versão: Mai/2014; 2ª versão: Out/2014 (1. Alterado os documentos de retirada do item 2.2; 2. Incluído Anexo 3).

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. Brasília, 2006c

ELABORADO POR: Márcia Beatriz S. A. Ferreira Erica Mayumi Tanaka Data: 26/01/2015	APROVADO POR: Grupo Técnico da Assistência Farmacêutica Data: 11/12/2015	REVISAR EM: Data: Abril/2017
--	--	---

25.8 ANEXOS**ANEXO 1****PORTARIA Nº: 07 - 19 DE NOVEMBRO DE 2004**

(Publicação DOM de 20/11/2004: 10)

Dispõe sobre a atuação do enfermeiro na assistência no Programa Municipal de Fitoterapia da Secretaria Municipal de Saúde

CONSIDERANDO que a sistematização da assistência de enfermagem é exigência legal e instrumento de reorganização das práticas de enfermagem;

CONSIDERANDO que a consulta de enfermagem é uma atividade fim obrigatória e privativa do enfermeiro;

CONSIDERANDO que ao enfermeiro incumbe, como integrante da equipe de saúde, entre outras competências, prescrever medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotinas aprovadas pela instituição de saúde;

CONSIDERANDO que a SMS possui protocolos de atendimento nas diversas áreas de assistência e, em especial, em fitoterapia, bem como normatizou a prática da enfermagem através da ordem de serviço;

CONSIDERANDO o artigo 11, inciso II, alínea "c" da Lei Federal 7.498/86, bem como as Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem nº: 197/1997 e nº 271/2002;

A Secretária Municipal de Saúde, no uso de suas atribuições

RESOLVE:

Artigo 1º - Instituir a atuação do enfermeiro na assistência no Programa Municipal de Fitoterapia da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

Artigo 2º - A prescrição de fitoterápicos por enfermeiros capacitados será realizada conforme definição em memento terapêutico da SMS, para àqueles descritos como tópicos, bem como para as infusões de camomila (*Camomila recutita*) e malva (*Malva sylvestris*).

Artigo 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Campinas, de novembro de 2004

MARIA DO CARMO CABRAL CARPINTÉRO

Secretária Municipal de Saúde



ANEXO 2

BOTICA DA FAMÍLIA

FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO DE MEDICAMENTOS FITOTERÁPICOS

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE DEVOLUÇÃO DAS CAIXAS

Eu: _____, Cargo: _____,
Distrito: _____, fico responsável juntamente com o
Distrito pelas caixas retiradas na data: ____/____/____, sob os
números: _____.

A devolução das caixas terá que ocorrer até a próxima retirada dos medicamentos.

Assinatura do Funcionário

Data da Devolução: ____/____/____

Recebido por: _____

Orientações:
Imprimir em duas vias.
1º via arquivar na Botica
2º via entregue ao funcionário do Distrito

ANEXO 3

BEC – FITOTERÁPICOS						
Data:		Distrito:		Unidade:		
Item	Descrição	Quantidade	Lote	Quantidade	Lote	Quantidade total
1	ARNICA GEL 50 g					
2	ARNICA GEL 250 g					
3	ARNICA CREME 50 g					
4	ARNICA CREME 250 g					
5	BABOSA GEL 50 g					
6	BABOSA GEL 250 g					
7	BABOSA CREME 50 g					
8	BABOSA CREME 250 g					
9	CALÊNDULA GEL 50 g					
10	CALÊNDULA GEL 250 g					
11	CALÊNDULA CREME 50 g					
12	CALÊNDULA CREME 250 g					
13	HAMAMELIS GEL 50 g					
14	HAMAMELIS GEL 250 g					
15	HAMAMELIS CREME 50 g					
16	HAMAMELIS CREME 250 g					
17	PAPAÍNA GEL 50 g					
18	PAPAÍNA CREME 50 g					
19	XAROPE GUACO 150 mL					
20	XAROPE GUACO DIET 150 mL					
21	GINKGO BILOBA 40 mg – 30 CAP					
22	GINKGO BILOBA 80 mg – 30 CAP					
23	HIPÉRICO 300 mg – 30 CAP					
24	TINTURA DE ARNICA					
25	TINTURA DE CALÊNDULA					

Resp. pela retirada:

Matrícula: _____

26 FARMÁCIA POPULAR

Código	Versão	Data
26	02	29/04/2016

26.1 CAMPO DE APLICAÇÃO

Farmácias dos Serviços de Saúde da Secretaria de Saúde do Município de Campinas.

26.2 OBJETIVO

Orientar os pacientes quanto à lista de medicamentos padronizados nos Programas **Farmácia Popular do Brasil** e **Aqui Tem Farmácia Popular**, bem como orientações quanto à localização, como chegar e quais documentos necessários no ato da dispensação.

26.3 CONSIDERAÇÕES

Os programas **Farmácia Popular do Brasil** e **Aqui Tem Farmácia Popular** são programas do Ministério da Saúde que visam ampliar o acesso da população ao medicamento. Nestes programas são disponibilizados gratuitamente medicamentos para tratamento de hipertensão, diabetes e asma, além de medicamentos vendidos a preço de custo para tratamento de outras enfermidades. **Importante ressaltar que, embora alguns medicamentos sejam disponibilizados nos dois programas, as listas de medicamentos padronizados não são idênticas.**

26.4 RESPONSABILIDADE

Profissionais de farmácia (farmacêuticos e técnicos) das Unidades de Saúde do Município de Campinas

26.5 PROCEDIMENTO

- 1) Identificar nas prescrições os medicamentos que estão dentro da Lista Padronizada das farmácias do **Programa Farmácia Popular do Brasil** (Anexo1) e **Programa Aqui Tem Farmácia Popular** (Anexo 2), orientando o paciente sobre a necessidade do mesmo em buscar o serviço;
- 2) Orientar os pacientes se os medicamentos são gratuitos ou pagos, se pagos informar os valores dos medicamentos;
- 3) Orientar a localização das farmácias dos **Programas Farmácia Popular do Brasil** (anexo 3) e **Aqui Tem Farmácia Popular** e como chegar aos locais;
- 4) Orientar os pacientes quanto às informações pertinentes na dispensação da medicação;
- 5) Tempo de Tratamento Máximo por receita:
 - a) Medicamentos gratuitos:180 dias
 - b) Medicamentos não gratuitos: 180 dias
 - c) Dados necessários na receita médica:
 - i) Nome do Paciente;
 - ii) Nome do Medicamento com dose e posologia;

- iii) Nome do Médico, CRM, endereço, carimbo e assinatura;
- iv) Data de emissão da receita.

6) Documentos que os pacientes devem portar para receber os medicamentos, conforme descritos na tabela abaixo:

Documentos necessários para Dispensação Medicamentos Gratuitos na Farmácia Popular		
Comprador é o paciente	Paciente é criança	Comprador não é o paciente
Receita Médica	Receita Médica	Receita Médica
CPF	CPF do responsável	CPF do comprador
Documento original com foto	Documento original com foto do responsável	Documento original com foto do paciente e comprador
	Certidão de Nascimento do paciente	Original e cópia da Procuração simples, autenticada em cartório, que comprove a qualificação do representante legal para retirada dos medicamentos.

26.6 RISCOS/LIMITAÇÕES

Dificultar o acesso aos medicamentos disponibilizados pela rede pública, podendo implicar na falha do tratamento e prejuízo da saúde do paciente.

26.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Decreto Federal 5090 de 20 de Maio de 2004 - Regulamenta a Lei nº10. 858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa "Farmácia Popular do Brasil".

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. Brasília, 2006c

ELABORADO POR: Assistência Farmacêutica Distrito de Saúde Norte	APROVADO POR: Grupo Técnico da Assistência Farmacêutica	REVISAR EM:
Data: 20/05/2014	Data: 11/12/2015	Data: Abril/2017

26.8 ANEXOS

ANEXO 1

ELENCO OFICIAL DOS MEDICAMENTOS DISPONIBILIZADOS PELA REDE PRÓPRIA DO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL



A Farmácia Popular do Brasil disponibiliza medicamentos Gratuitamente para Hipertensão e Diabetes e outros medicamentos até 90% mais baratos. Para ser atendido apresente sua receita médica ou odontológica.

UNIDADE I: Rua Dr. Quirino nº 567 - Centro (em frente ao Sindicato dos Metalúrgicos)		
Fone: 3232-5577 e 3232-2830		
UNIDADE II: Rua Clóvis Beviláqua nº 535 - Guanabara (atrás Facul. Mackenzie)		
Fone: 3212-1243		
Horário de funcionamento: 2ª a 6ª feira das 8:00 as 18:00 h e sábados das 8:00 as 12:00 h		
Medicamento	Apresentação	Preço Proposto (R\$) por unidade
Acetato de medroxiprogesterona 150 mg	Ampola	1,240
Aciclovir 200 mg	Comprimido	0,280
Ácido Acetilsalicílico (AAS) 500 mg	Comprimido	0,035
Ácido Acetilsalicílico (AAS) 100 mg	Comprimido	0,030
Ácido Fólico 5 mg	Comprimido	0,054
Albendazol 400 mg	Comprimido	0,560
Alendronato de sódio 70 mg	Comprimido	0,370
Alopurinol 100 mg	Comprimido	0,080
Amiodarona 200 mg	Comprimido	0,200
Amitriptilina (Cloridrato) 25mg	Comprimido	0,220
Amoxicilina 500mg	Cápsula	0,190
Amoxicilina 250 mg/ml frasco	Pó p/ susp.oral	1,960
Atenolol 25 mg	Comprimido	GRATUITO
Azatioprina 50mg	Comprimido	1,400
Azitromicina 500mg	Comprimido	2,640
Benzilpenicilina Benzatina 1.200.000ui	Frasco ampola	1,500
Benzilpenicilina Procaína+ Potássica	Frasco ampola	1,500
Benzoato de Benzila emulsão	Frasco	1,100
Biperideno 2mg	Comprimido	0,073
Brometo de n-butil escolpolamina 10mg	Frasco	3,900
Captopril 25mg	Comprimido	GRATUITO
Carbamazepina 200mg	Comprimido	0,130
Carbidopa+Levodopa 25/250mg	Comprimido	0,480

Cefalexina (Clor. ou Sal Sódico) 500mg	Cápsula	0,400
Cefalexina (Clor./Sal Sódico) 250mg	Frasco	4,960
Cetoconazol 200mg	Comprimido	0,230
Ciprofloxacino 500mg	Comprimido	0,380
Clonazepan 2 mg	Comprimido	0,060
Cloreto de Potássio xpe Frasco	Frasco	1,880
Cloreto de Sódio 0,9% solução nasal	Frasco	0,950
Clorpromazina 25mg	Comprimido	0,100
Clorpromazina 100mg	Comprimido	0,125
Dexametasona creme 0,1%	Tubo	1,000
Dexclorfeniramina (Maleato) 2mg	Comprimido	0,060
Dexclorfeniramina (Maleato)0,4mg/ml	Frasco	2,070
Diazepan 5mg	Comprimido	0,040
Diazepan 10mg	Comprimido	0,080
Digoxina 0,25mg	Comprimido	0,060
Dinit Isossorbida 10 mg	Comprimido	0,055
Dipirona 500mg/ml - gotas	Frasco	0,700
Doxiciclina 100mg	Comprimido	0,380
Enalapril 10mg	Comprimido	GRATUITO
Enalapril 20mg	Comprimido	GRATUITO
Enantato de noretisterona+Val.de estradiol	Seringa 1 ml	1,130
Eritromicina(Estearato ou Etilsuccinato)	Frasco	2,300
Eritromicina(Estearato ou Etilsuccinato)	Comprimido	0,540
Etinilestradiol+Levonorgestrel 0,03mg/0,15	Cartela	0,420
Fenitoína 100mg	Comprimido	0,100
Fenobarbital 100mg	Comprimido	0,060
Fluconazol 100mg	Cápsula	0,950
Fluconazol 150mg	Cápsula	0,950
Fluoxetina 20 mg	Cápsula	0,060
Furosemida 40mg	Comprimido	GRATUITO
Glibenclamida 5mg	Comprimido	GRATUITO
Haloperidol 1mg	Comprimido	0,080
Haloperidol 5mg	Comprimido	0,120
Haloperidol 2mg- gotas	Frasco	1,940
Hidroclorotiazida 25mg	Comprimido	GRATUITO
Ibuprofeno 300mg	Comprimido	0,160
Levonorgestrel 0,75mg	Comprimido	3,470
Loratadina 10 mg	Comprimido	0,050
Losartana Potássica 50 mg	Comprimido	GRATUITO
Mebendazol 100mg	Comprimido	0,050
Mebendazol 100mg/5ml susp. oral	Frasco	1,100
Metformina 500mg	Comprimido	GRATUITO

Metformina 850mg	Comprimido	GRATUITO
Metildopa 250mg	Cpr revest.	GRATUITO
Metildopa 500mg	Cpr revest.	GRATUITO
Metoclopramida (Clorid.) 10mg	Comprimido	0,040
Metoclopramida (Clorid.) 4mg/ml	Frasco	0,750
Metronidazol 250mg	Comprimido	0,100
Metronidazol 10% creme vaginal	Tubo	2,150
Metronidazol (Benzoato) 200mg/5ml	Frasco	2,400
Miconazol (Nitrato) 2% loção	Frasco	1,860
Miconazol (Nitrato) 2% pó	Frasco	4,950
Mononitrato de isossorbida 20mg	Comprimido	0,100
Neomicina(Sulf.)+ Bacitracina(Zíncica)	Tubo	1,350
Nifedipina Retard 20mg	Comprimido	GRATUITO
Nistatina 25.000 UI creme vaginal	Tubo	2,280
Nistatina 100.000UI susp. Oral	Frasco	3,620
Noretisterona 0,35mg 35cp	Cartela	0,500
Omeprazol 20mg	Cápsula	0,230
Paracetamol 500mg	Comprimido	0,090
Paracetamol 200mg/ml	Frasco	1,270
Paracetamol 100mg/ml	Frasco	1,000
Prednisona 20mg	Comprimido	0,180
Prednisona 5mg	Comprimido	0,080
Prometazina(Cloridrato) 25 mg	Comprimido	0,120
Propranolol (Cloridrato) 40mg	Comprimido	GRATUITO
Ranitidina 150mg	Comprimido	0,120
Sais p/ Reidratação Oral - pó	Envelope 27,9 gr	0,600
Salbutamol (Sulfato) 2 mg	Comprimido	GRATUITO
Salbutamol (Sulfato) 2mg/5ml xarope	Frasco	GRATUITO
Sinvastatina 20mg	Comprimido	0,253
Sulfametoxazol+Trimetropina 400mg/80mg	Comprimido	0,080
Sulfametoxazol + Trimetrop. 200mg/40mg	Frasco	2,900
Sulfasalazina 500mg	Comprimido	0,400
Sulfato Ferroso 40mg Fe(II)	Comprimido	0,040
Sulfato Ferroso 25mg/ml Fe(II)	Frasco	0,750
Tiabendazol 5% pomada	Tubo	2,890
Valproato de Sódio 50mg xarope	Frasco	4,050
Verapamil (Cloridrato) 80mg	Comprimido	GRATUITO
Preservativo Masculino	Unidade	0,300

ANEXO 2

LISTA DE MEDICAMENTOS GRATUITOS E NÃO GRATUITOS PADRONIZADA
NO PROGRAMA AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR

Medicamentos Disponíveis para <u>VENDA</u> no Programa AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR
Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg
Alendronato de Sódio 70 mg
Budesonida 32 mcg
Budesonida 50 mcg
Carbidopa 25 mg + Levodopa 250 mg
Cloridrato De Benserazida 25 mg + Levodopa 100 mg
Etinilestradiol 0,03 mg + Levonorgestrel 0,15 mg
Maleato de Timolol 2,5 mg
Maleato de Timolol 5 mg
Noretisterona 0,35 mg
Sinvastatina 10 mg
Sinvastatina 20 mg
Sinvastatina 40 mg
Valerato de Estradiol 5 mg + Enantato de Noretisterona 50 mg

Medicamentos Disponíveis <u>GRATUITAMENTE</u> no Programa AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR
Atenolol 25 mg, comprimido
Brometo de Ipratrópio 0,02 mg/dose – Administração pulmonar, inalador doseado 1 (uma) dose 0,06
Brometo de Ipratrópio 0,25 mg/ml – Administração pulmonar, solução para inalação 1 (um) mililitro 0,27
Captopril 25 mg, comprimido
Cloridrato de metformina 500 mg, comprimido
Cloridrato de metformina 500 mg, comprimido de ação prolongada
Cloridrato de metformina 850 mg, comprimido
Cloridrato de propranolol 40 mg, comprimido
Dipropionato de Beclometasona 200 mcg/cápsula – Administração pulmonar, cápsulas inalantes 1 (uma) cápsula 0,25
Dipropionato de Beclometasona 200 mcg/dose – Administração pulmonar, inalador doseado 1 (uma) dose 0,25
Dipropionato de Beclometasona 250 mcg/dose – Administração pulmonar, inalador doseado 1 (uma) dose 0,15

Dipropionato de Beclometasona 50 mcg/dose – Administração pulmonar, inalador doseado 1 (uma) dose 0,13
Glibenclamida 5 mg, comprimido
Hidroclorotiazida 25 mg, comprimido
Insulina Humana NPH 100 UI/ml – suspensão injetável, frasco-ampola 10 ml
Insulina Humana NPH 100 UI/ml – suspensão injetável, frasco-ampola 5 ml
Insulina Humana NPH 100 UI/ml – suspensão injetável, refil 1,5ml (carpule)
Insulina Humana NPH 100 UI/ml – suspensão injetável, refil 3ml (carpule)
Insulina Humana Regular 100 UI/ml, solução injetável, frasco-ampola 10 ml
Insulina Humana Regular 100 UI/ml, solução injetável, frasco-ampola 5 ml
Insulina Humana Regular 100UI/ml, solução injetável, refil 1,5ml (carpules)
Insulina Humana Regular 100UI/ml, solução injetável, refil 3ml (carpules)
Losartana Potássica 50 mg
Maleato de enalapril 10 mg, comprimido
Sulfato de Salbutamol 100 mcg/dose – Administração pulmonar, inalador doseado 1 (uma) dose 0,10
Sulfato de Salbutamol 5 mg/ml – Solução Inalação 1 (um) mililitro 0,88

ANEXO 3

Localização da Farmácia Popular do Brasil

Unidade I - Centro

Endereço: Rua Dr. Quirino, nº 567, Centro

Telefones: 3232-5577 e 3232-2830

Ponto de Referência: em frente ao sindicato dos metalúrgicos, próximo a Aquidabã e Largo do Pará

Linhas de Ônibus que passam próximo ao Largo do Pará: 349, 408, 118, 341, 125, 397, 367, 385, 360

Horário de atendimento: Seg à Sexta das 8h às 18h e Sáb das 8h às 12h

Unidade II - Guanabara

Endereço: Rua Clóvis Bevilacqua, 535, Bairro Guanabara

Telefones: 3212-1243 e 3213-2274

Ponto de Referência: em frente ao portão Dom Pedro da Universidade Presbiteriana Mackenzie.

Linhas de Ônibus que passam pelo ponto do Seminário da Universidade Presbiteriana Mackenzie na Av. Brasil:

Linhas 333, 313-0, 316-0, 317 ou 332

Horário de atendimento: Seg à Sexta das 8h às 18h e Sáb das 8h às 12h.

ANEXO 4

Modelo de Procuração para retirada dos Medicamentos Gratuitos

Procuração exclusiva para acesso aos medicamentos gratuitos do Programa Farmácia Popular do Brasil

OUTORGANTE: _____, Brasileiro(a) _____
_____, (Estado _____ Civil), _____ (Profissão), RG n°: _____
_____, C.P.F. n°: _____, residente(s) e
domiciliado(s) na Rua: _____, n°: _____,
bairro: _____, CEP: _____, Cidade: _____
_____, Estado: _____. nomeia e constitui como
seu(s) procurador(es) o(s) Sr.(s)/Sra.(s), OUTORGADO:
_____, Brasileiro(a), _____, (Estado
Civil), _____ (Profissão), RG n°: _____,
C.P.F. n°: _____, residente(s) e domiciliado(s) na Rua:
_____, n°: _____, bairro:
_____, CEP: _____, Cidade:
_____, Estado: _____. OUTORGADO:
_____, Brasileiro(a), _____, (Estado
Civil), _____ (Profissão), RG n°: _____,
C.P.F. n°: _____, residente(s) e domiciliado(s) na Rua:
_____, n°: _____, bairro:
_____, CEP: _____, Cidade:
_____, Estado: _____.

a quem confere os PODERES: Todos aqueles necessários para que Outorgado possa adquirir, em nome do Outorgante, medicamentos nas redes Próprias do Programa Farmácia Popular do Brasil, nos termos do Portaria 184 do Ministério de 03 de fevereiro de 2011, inciso III, § 2 ° do artigo 32, dando tudo por bom, firme e valioso.

Cidade: _____, UF: _____,
Data: _____ de _____ de _____

(Assinatura do Outorgante)

Obs: Necessário o reconhecimento de firma

27 MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - ALTO CUSTO

Código	Versão	Data
27	02	29/04/2016

27.1 CAMPO DE APLICAÇÃO

Farmácias e Equipe de Enfermagem dos Serviços de Saúde da Secretaria de Saúde do Município de Campinas.

27.2 OBJETIVO

Orientar adequadamente e fornecer os impressos necessários aos usuários que utilizam os medicamentos do programa de Alto Custo.

27.3 CONSIDERAÇÕES

Os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica serão dispensados na Farmácia de Alto Custo localizada na Rua Setembrino de Carvalho, nº 123, Ponte Preta (próximo a SANASA), telefone 3233-6972.

O programa tem como objetivo o tratamento de doenças específicas, estando o fornecimento dos medicamentos sob responsabilidade do Estado. O fornecimento de medicamentos dispensados em caráter excepcional obedece aos critérios de diagnóstico, indicação e tratamento, inclusão e exclusão de pacientes, esquemas terapêuticos, monitoramento, acompanhamento e demais parâmetros contidos nos “Protocolos e Diretrizes Terapêuticas” estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

27.4 RESPONSABILIDADE

Profissionais de Farmácia (farmacêuticos e técnicos), Equipe de Enfermagem e Coordenadores das Unidades Básicas de Saúde do Município de Campinas.

27.5 PROCEDIMENTO

- 1) Acolher o usuário;
- 2) Avaliar a receita e observar se consta o endereço da Unidade ou do Consultório;
- 3) Confirmar se o medicamento consta na lista de Alto Custo. Acessar o site www.campinas.sp.gov.br, clicar em Administração → Secretarias → Saúde → Assistência Farmacêutica → Programa de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica → Lista de Medicamentos;
- 4) Consultar os exames necessários para cada solicitação, contidos nos “Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas”, estabelecidos pelo Ministério da Saúde (disponíveis no mesmo endereço eletrônico);
- 5) Conferir se as exigências do protocolo já foram cumpridas e orientar o usuário o que é necessário, caso ainda não tenha cumprido os requisitos exigidos;
- 6) Verificar se a receita médica está preenchida em 2 vias, se os exames laboratoriais necessários estão disponíveis e observar o intervalo para renovação da solicitação do medicamento para orientar o paciente;

- 7) Entregar os formulários/termos necessários para o referido medicamento, assim como o Laudo de Medicamentos Excepcionais (LME) para o paciente. Os mesmos estão disponíveis no caminho indicado no item 3: após acessar o link Programa de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica → Documentos necessários – solicitação inicial → Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado e o Termo de Consentimento Informado – Clique aqui para acessar os diversos Termos de Consentimento e de Esclarecimento e Responsabilidade;
- 8) Pedir que o paciente leve estes documentos ao médico que o atendeu para o devido preenchimento;
- 9) Orientar a anexar aos documentos acima preenchidos: RG, CPF, comprovante de residência e cartão SUS;
- 10) Após preenchimento pelo médico, todos os documentos devem ser levados à Farmácia de Alto Custo localizada na Rua Setembrino de Carvalho, 123, Ponte Preta, telefone – 3233-6972 (ponto de referência: atrás da SANASA);
- 11) Os medicamentos serão avaliados por um auditor e, se liberados, estarão disponíveis na farmácia de Alto Custo.

27.6 RISCOS/ LIMITAÇÕES

A orientação inadequada e o não fornecimento dos formulários necessários causam demora no processo e prejuízos à saúde do usuário.

27.7 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. Brasília, 2006c

Portaria nº 2981 de 26 de Novembro de 2009 Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e Portaria nº 2.982 de 26 de Novembro de 2009. Aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.

ELABORADO POR: Assistência Farmacêutica Distrito de Saúde Noroeste	APROVADO POR: Grupo Técnico da Assistência Farmacêutica	REVISAR EM:
Data: 30/05/2014	Data: 11/12/2015	Data: Abril/2017

28 PROGRAMA REMÉDIO EM CASA

Código	Versão	Data
28	02	29/04/2016

28.1 CAMPO DE APLICAÇÃO

Farmácias e Serviços de Saúde da Secretaria de Saúde do Município de Campinas do Programa Remédio em Casa.

28.2 OBJETIVO

Este procedimento tem como objetivo normatizar a gestão do Programa Remédio em Casa, da SMS, iniciado no primeiro semestre de 2013. O Programa visa a entrega de medicamentos na casa dos pacientes com comorbidades (hipertensos e diabéticos), pré-selecionados pela equipe, seja por possuírem dificuldades de locomoção e/ou problemas na adesão ao tratamento proposto ou outra condição que necessite a entrega em domicílio ou o cuidado farmacêutico.

28.3 CONSIDERAÇÕES

O Programa Remédio em Casa no Município de Campinas se desenvolve por meio de parceria entre a Assistência Farmacêutica e as Equipes de Saúde da Família.

Além da entrega do medicamento, o objetivo é ampliar o cuidado com esses pacientes, no tocante ao uso racional de medicamentos.

28.4 RESPONSABILIDADE

Farmacêuticos dos Serviços de Saúde e Equipes de Saúde da Família.

28.5 PROCEDIMENTO

- 1) Selecionar os pacientes em conjunto com as Equipes de Saúde da Família. A seleção ocorre entre o farmacêutico e a equipe;
- 2) Agendar a primeira visita no domicílio do paciente selecionado para avaliação da terapia medicamentosa pelo farmacêutico;
- 3) Levantar o prontuário do paciente para verificação de seu histórico de saúde, medicações utilizadas;
- 4) Discutir os dados levantados e eventuais dúvidas com a equipe de referência;
- 5) Previamente ao dia da visita domiciliar, separar os medicamentos em uso pelo paciente em quantidade suficiente para 30 dias;
- 6) Realizar a visita domiciliar em companhia de um Agente Comunitário de Saúde da equipe de referência ou de outro membro da equipe;
- 7) Na primeira visita, avaliar alimentação, atividade física, quando possível, condições de higiene e rede de apoio. No tocante aos medicamentos, utilizar a ficha de orientação farmacêutica (Anexo 1), como instrumento para avaliação e orientação;
- 8) Aferir a pressão arterial e verificar a glicemia capilar do paciente, de acordo com seu estado clínico;

- 9) Realizar a separação dos medicamentos, quando necessário, e/ou a orientação do cuidador;
- 10) Registrar a visita domiciliar em prontuário;
- 11) Cadastrar o usuário no sistema GEMM no grupo de atenção continuada Remédio em Casa;
- 12) Programar a próxima visita domiciliar;
- 13) Discutir o caso na reunião de equipe;
- 14) Manter as visitas com a entrega dos medicamentos mensalmente até que, em discussão com a equipe, decida-se por maior espaçamento entre as mesmas e/ou saída do Programa.

28.6 RISCOS/LIMITAÇÕES

Ausência de farmacêutico na UBS e o não envolvimento da equipe de referência.

28.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos.**Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização.** Brasília, 2006c

ELABORADO POR: Assistência Farmacêutica Distrito de Saúde Sudoeste	APROVADO POR: Grupo Técnico da Assistência Farmacêutica	REVISAR EM:
Data: 02/07/2014	Data: 11/12/2015	Data: Abril/2017

28.8 ANEXO

MÓDULO AF – Práticas clínicas

Nome:	
Turma:	Tutor:
Professor:	Data:

UNIDADE DE SAÚDE
FARMÁCIA
ORIENTAÇÃO FARMACÊUTICA

Nome do usuário:

Data: _____ Registro: _____ Idade: _____

Médico: _____ Telefone: _____

Endereço: _____

[illegible]

UNIDADE DE SAÚDE

FARMÁCIA

Ficha do usuário

- Problemas de saúde:
- Alergias / RAM:
- Dados profissionais relevantes (atividade e turno de trabalho):
- Dados adicionais (o que o paciente pensa sobre sua enfermidade e outros):
- Outras terapêuticas:

UNIDADE DE SAÚDE

FARMÁCIA

Medicamento:

Posologia prescrita:

Avaliação	Educação	Revisão	2º Enc.	3º Enc.	4º Enc.	5º Enc.	6º Enc.
Indicação							
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Como utilizar?							
Dose <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Frequência <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Via <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Modo de uso <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Duração <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Armazenamento <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Dose esquecida <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Re-uso <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

Observações:

Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM):

29 MEDICAMENTOS E MATERIAIS PARA PACIENTES ACAMADOS

Código	Versão	Data
29	02	29/04/2016

29.1 CAMPO DE APLICAÇÃO

Farmácias dos Serviços de Saúde da Secretaria de Saúde do Município de Campinas.

29.2 OBJETIVO

Estabelecer um fluxo de dispensação de medicamentos e insumos para pacientes acamados.

29.3 CONSIDERAÇÕES

Assistir pacientes acamados é uma tarefa que requer uma atenção especial. Devido à debilidade e o frágil estado de saúde, é preciso manter uma boa comunicação com a equipe de enfermagem quanto a esses pacientes.

29.4 RESPONSABILIDADE

Profissionais de Farmácia (farmacêuticos e técnicos) e profissionais da Enfermagem das Unidades Básicas de Saúde do Município de Campinas.

29.5 PROCEDIMENTO

- 1) Receber a solicitação da equipe da unidade, avaliado e assinado por enfermeiros;
- 2) Montar uma pasta com as requisições;
- 3) Separar os itens para a primeira dispensação;
- 4) Cadastrar os itens no sistema GEMM e o usuário no grupo de atenção continuada Remédio em Casa;

a) Acessar GEMM → Clicar em RECEITA/ NOVA → Digitar os dados do paciente
→ BUSCAR → Clicar em EDITAR

PACIENTE.

- b) Escolher a aba GRUPO → Grupo REMÉDIO EM CASA → Classificar o grau RISCO → ADICIONAR → SALVAR

- 5) Formalizar esse pedido ao apoio distrital para solicitar a incorporação de cota. A dispensação ficará a cargo da farmácia ou da equipe de referência conforme acordado com a coordenação local;
- 6) Quando os itens não forem mais necessários, a farmácia deve ser avisada pela equipe de enfermagem para fazer o descadastramento do paciente.

29.6 RISCOS/ LIMITAÇÕES

Eventual desabastecimento.

29.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. Brasília, 2006c.

ELABORADO POR: Assistência Farmacêutica Distrito de Saúde Noroeste Data: 31/05/2011	APROVADO POR: Grupo Técnico da Assistência Farmacêutica Data: 11/12/2015	REVISAR EM: Data: Abril/2017
--	---	---

30 MEDICAMENTOS NÃO PADRONIZADOS NA REDE PÚBLICA

Código	Versão	Data
30	02	29/04/2016

30.1 CAMPO DE APLICAÇÃO

Farmácias dos Serviços de Saúde da Secretaria de Saúde do Município de Campinas.

30.2 OBJETIVO

Permitir o acesso dos usuários aos medicamentos não padronizados da Rede Pública de Saúde (Unidades Básicas de Saúde, Alto Custo e Farmácia Popular do Brasil), bem como otimizar, o tratamento dos usuários.

30.3 CONSIDERAÇÕES

A Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo é responsável, pela avaliação da solicitação/fornecimento de medicamentos e nutrição enteral não disponíveis no SUS.

30.4 RESPONSABILIDADE

Profissionais de Farmácia (farmacêuticos e técnicos), Equipe de Enfermagem e Coordenadores das Unidades Básicas de Saúde do Município de Campinas.

30.5 PROCEDIMENTO

- 1) Acolher o usuário;
- 2) Avaliar a prescrição médica;
- 3) Confirmar a não padronização do medicamento nas Unidades Básicas de Saúde, no Alto Custo e na Farmácia Popular do Brasil;
- 4) Disponibilizar o LAUDO PARA AVALIAÇÃO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO OU NUTRIÇÃO ENTERAL (Anexo 1), disponível na página da Comissão de Farmacologia no site:

<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/comissao-de-farmacologia/solicitacao-de-medicamento-ou-nutricao-enteral-por-paciente-de-instituicao-de-saude-publica-ou-privada>, ou no site da Prefeitura Municipal de Campinas: http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/assist_farmaceutica/norma_servico/norma_servico.htm

Orientar o usuário sobre o preenchimento do laudo pelo médico responsável pela prescrição e os documentos exigidos; que consta no site: <http://www.campinas.sp.gov.br/> na aba: **Administração** item: **Saúde** → no campo esquerdo: **Assistência Farmacêutica** → no item: **Fornecimento de Medicamentos e Nutrição Enteral** → Orientação ao paciente e Procedimentos para solicitação:

- a) Receita médica original, em duas vias, legível e com data inferior a 30 dias;

- b) Formulário para avaliação de solicitação de medicamento ou nutrição enteral completamente preenchido, legível e com as assinaturas do Paciente ou Responsável, Médico prescritor e Diretor da Instituição;
 - c) Cópia comum do CPF, RG, Cartão Nacional da Saúde - SUS (CNS) e Comprovante de residência com CEP. Para paciente menor de idade que não possui RG ou CPF, anexar cópia da certidão de nascimento e documentos do responsável (apenas para nova solicitação);
 - d) Cópia dos exames complementares que justifiquem a necessidade do medicamento ou nutrição enteral;
 - e) Lista de verificação da solicitação de medicamento ou nutrição enteral - Por paciente. Este documento deverá ser impresso, usado para checagem dos dados exigidos e entregue quando do encaminhamento da solicitação.
- 5) Reforçar a exigência da receita médica em 2 vias com data inferior a 30 dias e a duração total do tratamento;
- 6) O usuário deverá reunir todos os documentos necessários e protocolar no Departamento Regional de Saúde (DRSVII Campinas) na Rua José Paulino, 1399 – Ed. Arcadas, 5º andar – CEP 13013-001 - Centro – Campinas
- Obs. Os documentos também podem ser enviados via correio diretamente para a Comissão de Farmacologia da SES/SP;
- 7) Orientar o usuário que a Comissão de Farmacologia entrará em contato, por telegrama/e-mail para resposta.

30.6 RISCOS/LIMITAÇÕES

A orientação inadequada do fluxo para requisição de medicamentos/nutrição enteral não disponíveis na Rede Pública causa demora no processo e prejuízos à saúde do usuário.

30.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização.** Brasília, 2006c.

ELABORADO POR: Assistência Farmacêutica Distrito de Saúde Leste Data: 06/05/2013	APROVADO POR: Grupo Técnico da Assistência Farmacêutica Data: 11/12/2015	REVISAR EM: Data: Abril/2017
--	--	---

31 LIMPEZA DO REFRIGERADOR

Código	Versão	Data
31	02	29/04/2016

31.1 CAMPO DE APLICAÇÃO

Farmácias dos Serviços de Saúde da Secretaria de Saúde do Município de Campinas.

31.2 OBJETIVO

Manter o refrigerador em condições ideais para armazenamento e dispensação segura dos medicamentos termolábeis.

31.3 CONSIDERAÇÕES

A limpeza da farmácia é fundamental para garantir a qualidade do medicamento armazenado.

É expressamente proibido comer ou beber dentro da farmácia, bem como guardar alimentos dentro dela ou do seu refrigerador.

A cada 15 dias, ou quando a camada de gelo do congelador atingir 0,5 cm, o refrigerador deve ser limpo. Durante o procedimento não se deve usar faca ou objeto pontiagudo para remoção mais rápida do gelo, uma vez que esses objetos podem danificar o tubo de refrigeração; não mexer no termostato; não jogar água no refrigerador.

31.4 RESPONSABILIDADE

Profissionais de Farmácia (farmacêuticos e técnicos) e equipe de limpeza dos Serviços de Saúde do Município de Campinas.

31.5 PROCEDIMENTO

- 1) Antes de proceder a limpeza do refrigerador:
- a) Transferir os produtos termolábeis para outro refrigerador, ou para caixa térmica com gelo reciclável, mantendo a temperatura recomendada (+2°C a +8°C);

b) Desligar da tomada e abrir as portas do refrigerador e do congelador, até que todo o gelo se desprenda;

c) Limpar o refrigerador com pano umedecido em solução com água e sabão neutro ou de coco, enxugá-lo com pano limpo e seco.
- 2) Após a limpeza:
- a) 2.1 Ligar o refrigerador;

b) 2.2 Recolocar o termômetro;

c) 2.3 Manter as portas fechadas por uma hora;

d) 2.4 Verificar se após esse período a temperatura está entre +2°C e +8°C;

e) 2.5 Recolocar os termolábeis nos lugares.

31.6 RISCOS/ LIMITAÇÕES

Danificar o refrigerador e desregular a temperatura.

31.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. Brasília, 2006c

ELABORADO POR: Assistência Farmacêutica Distrito de Saúde Norte	APROVADO POR: Grupo Técnico da Assistência Farmacêutica	REVISAR EM:
Data: 31/12/2011	Data: 11/12/2015	Data: Abril/2017

32 LIMPEZA DA FARMÁCIA

Código	Versão	Data
32	02	29/04/2016

32.1 CAMPO DE APLICAÇÃO

Farmácias e Almoxarifados dos Serviços da Secretaria de Saúde do Município de Campinas

32.2 OBJETIVO

Este procedimento tem como objetivo normatizar o procedimento de limpeza do piso, bancadas, móveis e equipamentos das farmácias e almoxarifados dos Serviços.

32.3 CONSIDERAÇÕES

A limpeza da farmácia é fundamental para garantir a qualidade do medicamento armazenado.

É expressamente proibido comer ou beber dentro da farmácia, bem como guardar alimentos dentro dela ou da sua geladeira.

32.4 RESPONSABILIDADE

Profissionais de farmácia e profissionais da limpeza dos Serviços de Saúde do Município de Campinas.

32.5 PROCEDIMENTO

Limpeza de bancadas, móveis e equipamentos - deve ser realizada mensalmente e sempre que necessário:

- 1) Transferir o material de trabalho, de forma organizada, para outro local;
- 2) Proceder a limpeza das superfícies segundo a técnica dos “dois baldes” (Anexo 1) - mensal;
- 3) Fazer a desinfecção das superfícies utilizando um pano umedecido em álcool 70%, deixando secar naturalmente - diário;
- 4) Se necessário realizar a limpeza do material de trabalho e em seguida recolocá-lo no mesmo lugar.

Limpeza de piso – deve ser realizada diariamente pela equipe de limpeza do Serviço de Saúde:

- 1) Retirar os resíduos maiores com o auxílio de uma pá para coleta de lixo;
- 2) Proceder a limpeza do piso segundo a técnica dos “dois baldes” (Anexo 1);
- 3) Fazer a desinfecção do piso utilizando um pano umedecido em solução de hipoclorito de sódio a 1%;
- 4) Deixar o piso secar naturalmente.

32.6 RISCOS/LIMITAÇÕES

Não utilizar vassoura ou espanador, pois provocam a suspensão de partículas de poeira e micro-organismos no ambiente.

32.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Manual ABERC de práticas de elaboração e serviço de refeições para coletividades. 2003, 8ª edição, pág. 74.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos.**Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização.** Brasília, 2006c.

ELABORADO POR: Assistência Farmacêutica Distrito de Saúde Norte	APROVADO POR: Grupo Técnico da Assistência Farmacêutica	REVISAR EM:
Data: 24/09/2014	Data: 11/12/2015	Data: Abril/2017

32.8 ANEXO**ANEXO 1****TÉCNICA DOS “DOIS BALDES”**

Quando se trata de limpeza profissional/técnica, a técnica dos dois baldes é fundamental, pois a prática comum de utilizar somente um balde com o produto de limpeza não é eficiente e pode causar contaminação, uma vez que a água do balde vai se tornando suja durante o processo de limpeza. Além da maior eficiência, a técnica dos dois baldes também economiza detergente e água.

Material necessário:

- 1 balde com água limpa;
- 1 balde com água limpa com pequena quantidade de detergente;
- 2 panos limpos;

Descrição da técnica:

1. Imergir o pano no balde contendo água com detergente e torcer para retirar o excesso de água.
2. Proceder à limpeza com o pano, esfregando toda a superfície;
3. Imergir o pano no balde contendo somente água, torcer bem para retirar o máximo da água e resíduos.
4. Repetir sucessivamente, os passos 1,2 e 3 até que a limpeza seja concluída.
5. Secar a superfície com um pano limpo.

Fonte: Manual ABERC de práticas de elaboração e serviço de refeições para coletividades. 2003, 8ª edição, pág. 74.

33 LIMPEZA BINS E PRATELEIRAS

Código	Versão	Data
33	02	29/04/2016

33.1 CAMPO DE APLICAÇÃO

Farmácias dos Serviços de Saúde da Secretaria de Saúde do Município de Campinas.

33.2 OBJETIVO

Este procedimento tem como objetivo normatizar o procedimento de limpeza dos bins e prateleiras das farmácias e almoxarifados.

33.3 CONSIDERAÇÕES

A limpeza da farmácia é fundamental para garantir a qualidade do medicamento armazenado. É expressamente proibido comer ou beber dentro da farmácia, bem como guardar alimentos dentro dela ou da sua geladeira. A limpeza deverá ser feita mensalmente ou sempre que necessário. Obs: Os bins devem ser limpos com pano umedecido em álcool 70% a cada reposição e/ou quando necessário. Mensalmente, deve ser realizada uma limpeza geral de bins e prateleiras da farmácia juntamente com o pessoal da higiene, conforme procedimento abaixo.

33.4 RESPONSABILIDADE

Profissionais das farmácias e profissionais da limpeza dos Serviços de Saúde do Município de Campinas.

33.5 PROCEDIMENTO

Limpeza diária:

- 1) Limpar os *bins* com álcool 70% a cada reposição.

Limpeza mensal:

- 1) Retirar os *bins* da prateleira mantendo-os na mesma ordem;
- 2) Proceder a limpeza dos *bins* e da prateleira, segundo a técnica dos “dois baldes” (Anexo 1);
- 3) Limpar as prateleiras segundo a técnica dos “dois baldes”;
- 4) Colocar os *bins* novamente na prateleira, na mesma ordem que estavam antes.

33.6 RISCOS/LIMITAÇÕES

Atenção para que não ocorra troca de medicamentos durante o processo de limpeza.

Não utilizar espanador, pois provoca a suspensão de partículas de poeira e micro-organismos no ambiente.

33.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Manual ABERC de práticas de elaboração e serviço de refeições para coletividades. 2003, 8ª edição, pág. 74.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. Brasília, 2006c.

ELABORADO POR: Assistência Farmacêutica Distrito de Saúde Sul Data: 24/09/2014	APROVADO POR: Grupo Técnico da Assistência Farmacêutica Data: 11/12/2015	REVISAR EM: Data: Abril/2017
--	--	---

33.8 ANEXO

ANEXO 1

TÉCNICA DOS “DOIS BALDES”

Quando se trata de limpeza profissional/técnica, a técnica dos dois baldes é fundamental, pois a prática comum de utilizar somente um balde com o produto de limpeza não é eficiente e pode causar contaminação, uma vez que a água do balde vai se tornando suja durante o processo de limpeza. Além da maior eficiência, a técnica dos dois baldes também economiza detergente e água.

Material necessário:

- 1 balde com água limpa;
- 1 balde com água limpa com pequena quantidade de detergente;
- 2 panos limpos;

Descrição da técnica:

- 1) Imergir o pano no balde contendo água com detergente e torcer para retirar o excesso de água.
- 2) Proceder a limpeza com o pano, esfregando toda a superfície;
- 3) Imergir o pano no balde contendo somente água, torcer bem para retirar o máximo da água e resíduos.
- 4) Repetir sucessivamente, os passos 1,2 e 3 até que a limpeza seja concluída.
- 5) Secar a superfície com um pano limpo.

Fonte: Manual ABERC de práticas de elaboração e serviço de refeições para coletividades. 2003, 8ª edição, pág. 74.

34 GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE MEDICAMENTO COMUM VENCIDO OU INUTILIZADO

Código	Versão	Data
34	02	29/04/2016

34.1 CAMPO DE APLICAÇÃO

Farmácias dos Serviços de Saúde da Secretaria de Saúde do Município de Campinas.

34.2 OBJETIVO

Este procedimento tem como objetivo normatizar a gestão de resíduos químicos - medicamentos comuns vencidos - incluindo a segregação, o registro, acondicionamento e descarte final.

34.3 CONSIDERAÇÕES

De acordo com a RDC nº 306, de 07 de dezembro de 2004, os resíduos de medicamentos de uso comum são enquadrados como resíduos químicos que podem apresentar risco à saúde e ao meio ambiente se não forem descartados de maneira adequada. Ainda seguindo a mesma portaria, os serviços de saúde são os responsáveis pelo correto gerenciamento de todos os RSS (Resíduos de Serviço de Saúde) por eles gerados, atendendo às normas e exigências legais, desde o momento de sua geração até a sua destinação final.

No município de Campinas os resíduos classificados como pertencentes ao Grupo B (Químicos), conforme a Resolução CONAMA 358 e RDC 306, não poderão ser encaminhados na coleta regular, devendo ser enviados, invariavelmente para o sistema de tratamento térmico (incineração), conforme determinado no Ofício 65/2014, de 10 de abril de 2014, do Departamento de Limpeza Urbana do município.

34.4 RESPONSABILIDADE

Profissionais das Farmácias (farmacêuticos e técnicos) dos Serviços de Saúde do Município de Campinas.

34.5 PROCEDIMENTO

1. Separar os medicamentos vencidos/inutilizados que não são enquadrados na Portaria 344/98.

Obs.: Para medicamentos controlados seguir POP 36;

2. Separar os medicamentos vencidos/inutilizados por forma farmacêutica (sólidos e líquidos);

3. Retirar as caixas e bulas, descaracterizando-os;

4. Retirar os aplicadores e copos de dosagem, que poderão ir para saco preto, em resíduos comum ou plástico reciclável;

5. Os medicamentos vencidos/inutilizados, provenientes da própria Unidade devem ser planilhados via sistema GEMM - “Planilha de Controle Interno de Resíduos Químico Comum” (Anexo 1);

Menu → Movimentação →Resíduos →Novo

Menu

Cadastro

Receita

Movimentação

Entrada de Material - Manual

Remanejamento

Solicitação de Materiais

Solicitar Material para Set

Atender Solicitação do S

Ajustar Estoque

Reverter Ajustes de Estoque

Inventario

Bloquear Lote

Resíduo

Movimentação->Resíduo

Lista de solicitação de resíduos

Pesquisar por:

Selezione...

Ordenar Lista:

Selezione...

Novo

Número do Resi...	Unidade Geradora	Tipo	Tipo Fórmula Fa...	Data Geração	Status	
20161360010	AMBULATORIO CEASA	COMUM	LÍQUIDO	18/04/2016	ABERTO	
20161360009	AMBULATORIO CEASA	COMUM	LÍQUIDO	11/04/2016	FECHADO	
20161360008	AMBULATORIO CEASA	CONTROLADO	LÍQUIDO	04/04/2016	FECHADO	
20161360007	AMBULATORIO CEASA	COMUM	SÓLIDO	04/04/2016	FECHADO	
20161360006	AMBULATORIO CEASA	ESPECIAL	SÓLIDO	01/04/2016	FECHADO	
20161360005	AMBULATORIO CEASA	CONTROLADO	LÍQUIDO	01/04/2016	FECHADO	
20161360004	AMBULATORIO CEASA	COMUM	SÓLIDO	01/04/2016	FECHADO	
20161360003	AMBULATORIO CEASA	CONTROLADO	LÍQUIDO	31/03/2016	FECHADO	
20161360002	AMBULATORIO CEASA	CONTROLADO	LÍQUIDO	31/03/2016	FECHADO	
20161360001	AMBULATORIO CEASA	COMUM	LÍQUIDO	31/03/2016	FECHADO	

Página: 1 de 2

Registros por página: 10

Registros visualizados: 1 - 1

Integração SIG24

Consulta/Relatório

Controle de Acesso

Manuais

Escolher o tipo de resíduo (comum, controlado ou especial) e dar sequência no preenchimento conforme os campos do sistema.

Movimentação->Resíduo

Tipo de Resíduo:

COMUM

CONTROLADO

ESPECIAL

Selezione...

Tipo de F. Farmacêutica:

Selezione...

LÍQUIDO

SEMI-SÓLIDO

SÓLIDO

Destino:

Selezione...

Empresa Resp. Coleta:

Matricula:

Coordenador:

Material

Tipo de Motivo:

Selezione...

Material:

Selezione...

Limpar

* Lote:

Selezione...

* Quantidade:

Adiciona

Lista de Materiais

Material	Fabricante	Lote	Validade	Quantidade	Motivo
----------	------------	------	----------	------------	--------

Salvar

Movimentação->Resíduo

Tipo de Resíduo:

COMUM

Tipo de F. Farmacêutica:

LÍQUIDO

Destino:

ATERRO

1º Informar os dados do tipo de resíduo.

Empresa Resp. Coleta:

D.L.U. - DEPARTAMENTO DE LIMPEZA URBANA

Coordenador:

TEREZA CRISTINA AVANCINI ALMEIDA

Matricula:

12345

Material

Tipo de Motivo:

PERDA - QUEBRA

Material:

7846

PENICILINA G. BENZATINA 1.200.000 UI SOL INJ

Limpar

2º Informar os medicamentos que fazem parte desse documento.

* Lote:

Lote: 2505280 --- Validade: 31/10/2016 --- Fabricante: TEUTO --- Quantidade: 8



* Quantidade:

1

Adiciona

3º Clicar no Notão Adicionar

Lista de Materiais

Material	Fabricante	Lote	Validade	Quantidade	Motivo	
PENICILINA G. BENZATINA 1.200.000 UI SOL INJ	TEUTO	2505280	31/10/2016	1	PERDA - QUEBRA	 

Salvar

4º Clicar no Botão Salvar

Uma vez salvo o documento de resíduos, é feita a baixa no estoque dos itens adicionado à lista. O documento é gerado e apresentado na lista da tela principal com o status "Aberto".

nu

Cadastro

Receita

Movimentação

Entrada de Material - Manual

Remanejamento

Solicitação de Materiais

Solicitar Material para Set

Atender Solicitação do S

Ajustar Estoque

Reverter Ajustes de Estoque

Inventário

Bloquear Lote

Resíduo

Integração SIG2M

Consulta/Relatório

Controle de Acesso

Manuais

Movimentação->Resíduo

Lista de solicitação de resíduos

Pesquisar por:







































Selecione...

Ordenar Lista:

Selecione...

OK

Novo

Número do Resi...	Unidade Geradora	Tipo	Tipo Fórmula Fa...	Data Geração	Status	
20161360010	AMBULATORIO CEASA	COMUM	LÍQUIDO	18/04/2016	ABERTO	  
20161360009	AMBULATORIO CEASA	COMUM	LÍQUIDO	11/04/2016	FECHADO	  
20161360008	AMBULATORIO CEASA	CONTROLADO	LÍQUIDO	04/04/2016	FECHADO	   
20161360007	AMBULATORIO CEASA	COMUM	SÓLIDO	04/04/2016	FECHADO	   
20161360006	AMBULATORIO CEASA	ESPECIAL	SÓLIDO	01/04/2016	FECHADO	   
20161360005	AMBULATORIO CEASA	CONTROLADO	LÍQUIDO	01/04/2016	FECHADO	   
20161360004	AMBULATORIO CEASA	COMUM	SÓLIDO	01/04/2016	FECHADO	   
20161360003	AMBULATORIO CEASA	CONTROLADO	LÍQUIDO	31/03/2016	FECHADO	   
20161360002	AMBULATORIO CEASA	CONTROLADO	LÍQUIDO	31/03/2016	FECHADO	   
20161360001	AMBULATORIO CEASA	COMUM	LÍQUIDO	31/03/2016	FECHADO	   

Página 1 de 2

Registros por página: 10

Registros visualizados: 1 - 1

Com o documento no status "Aberto", é possível editá-lo clicando na ferramenta "Editar", podendo ainda ser adicionado mais itens à lista, porém os itens já adicionados anteriormente não podem mais ser alterados.

A ferramenta "Imprimir" disponibiliza para impressão os dois principais documentos de resíduos (Planilha de Controle Interno de Resíduos Químico Comum e a Etiqueta de Identificação de Resíduos) e altera o status do documento para "Fechado", impedindo que o documento seja editado ou excluído da lista.




Movimentação->Resíduo

Lista de solicitação de resíduos

Pesquisar por: Selezione...

Ordenar Lista: Selezione...

OK Novo

<input type="checkbox"/>	Número do Resíduo	Unidade Geradora	Tipo	Tipo Fórmula Farmaceutica	Data Geração	Status	
<input checked="" type="checkbox"/>	20161360001	AMBULATORIO CEASA	COMUM	LÍQUIDO	31/03/2016	ABERTO	
<input type="checkbox"/>	20151360006	AMBULATORIO CEASA	CONTROLADO	SÓLIDO	01/12/2015	FECHADO	
<input type="checkbox"/>	20151360002	AMBULATORIO CEASA	CONTROLADO	SÓLIDO	01/12/2015	FECHADO	

Informar Peso

Peso:

Salvar

Página 1 de 1

Registros por página: 10

Registros visualizados: 1 - 3 de 3

Obs.: A “Planilha de Controle Interno de Resíduos Químico Comum” será gerada para impressão.



Prefeitura Municipal de Campinas

Planilha de Controle Interno - Resíduos Químicos Comuns

Unidade Geradora:	AMBULATORIO CE ASA	Distrito:	DISTRITO NORTE
Endereço:	ROD OVA D PEDRO I KM 140,5, s/n-BARAO GERALDO	Fone:	37461030
Coordenador:	TEREZA CRISTINA AVANCINI ALMEIDA	Matrícula:	12345
Responsável pelo envio:	GLAISON	Data de Saída:	31/03/2016

Resíduo II: 20161360001

Composição Química	Forma Farmacéutica	Lote	Quantidade	Motivo
PENICILINA G. BENZATINA 1.200.000 UI SOL INJ	am	2505280	1	Perda - Quebra

Destino:	ATERRO	Peso:	1
----------	--------	-------	---

Página: 1 de 1

31/03/2016 08:00

6. Os medicamentos, provenientes de devoluções não precisam ser planilhados;
7. Os medicamentos líquidos, considerados não perigosos de acordo com lista de “Resíduo de Medicamentos de Uso Comum Sem Tratamento Prévio” (Anexo 2), (analgésicos, broncodilatadores, anti-inflamatórios, vitaminas) poderão ser descartados em rede de esgoto mediante Autorização TREND¹ emitida pela SANASA. Os frascos e as embalagens podem ser encaminhados para reciclagem ou descartados no lixo comum (saco preto).
- OBS 1: Autorização TREND deve ser solicitada à SANASA.
- OBS 2: Caso a autorização seja negada os resíduos devem ser encaminhados para incineração.
8. Acondicionar o medicamento em saco plástico preto e posteriormente em caixa de papelão, com identificação colada na parte externa conforme etiqueta “Identificação de Resíduos” (Anexo 3);



Prefeitura Municipal de Campinas
Secretaria Municipal de Saúde - Departamento de Saúde

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DE RESÍDUO Nº 20161360007

Distrito de Saúde: DISTRITO NORTE
Endereço: , - SP
Data: 04/04/2016

IDENTIFICAÇÃO DO RESÍDUO

Denominação/Caracterização: (RDC Nº 306/2004)	Resíduos do Grupo B - Resíduos Químicos
Denominação/Caracterização: (Portaria Estadual CVS 21/2008)	Resíduos Perigosos de Medicamentos Tipo I (RPM Tipo 1)

GERADOR

Razão Social:	Prefeitura Municipal de Campinas				
Unidade de Saúde:	AMBULATORIO CEASA				
CNPJ:	51.885.242/0001-40	Insc. Estadual:	Isento		
Endereço:	Avenida Anchieta, 200	Cidade:	Campinas	Estado:	SP
Telefone:	(19) 2116-0287	Fax:	(19) 2116-0186		

RESÍDUO PERIGOSO CUIDADO

A LEGISLAÇÃO AMBIENTAL PROÍBE O DESCARTE SEM TRATAMENTO ADEQUADO. CASO ENCONTRADO, AVISE IMEDIATAMENTE A PÓLÍCIA, A DEFESA CIVIL, O ÓRGÃO ESTADUAL DE CONTROLE AMBIENTAL OU COMUNIQUE A VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE CAMPINAS PELO FONE: (19) 2116-0233 (DAS 08:00 H AS 17:00 H) OU (19) 995296722 (DAS 17:00 H AS 08:00 H).

CUIDADO

ESTES RECIPIENTES CONTÊM RESÍDUOS PERIGOSOS E DEVEM SER MANUSEADOS COM CUIDADO

IMPORTANTE: OS LACRES NÃO DEVEM SER ROMPIDOS

Peso: 0.5 (kg)

9. Aguardar a retirada do item de acordo com o cronograma da empresa contratada;
10. Apresentar ao coletor a planilha “Registro de Movimentação de Resíduos Químicos Consolidado” em 2 vias (1 via empresa 1 via Unidade) para assinar o recebimento;

a) Registro de Movimentação de Resíduos Químicos Consolidado (Anexo 4- F01253);

Obs.: Ficha disponível no site:
<http://www.campinas.sp.gov.br/sa/impressos/adm/FO1253E.pdf>
11. Manter arquivado na farmácia da Unidade por 24 meses, 1 (uma) via da Planilha – “Planilha de Controle Interno de Resíduos Químico Comum”, e o “Registro de Movimentação de Resíduos Químicos Consolidado”.

34.6 ANEXOS



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

34.6.1 ANEXO 1 - PLANILHA DE CONTROLE INTERNO DE RESÍDUOS QUÍMICO COMUM



Prefeitura Municipal de Campinas
Planilha de Controle Interno - Resíduos Químicos Comuns

Unidade Geradora:	AMBULATORIO CE ASA	Distrito:	DISTRITO NORTE
Endereço:	ROD OMA D PEDRO I KM 140,5, s/n-BARAO GERALDO	Fone:	37461030
Coordenador:	TEREZA CRISTINA AVANCINI ALMEIDA	Matrícula:	12345
Responsável pelo envio:	GLAISON	Data de Saída:	31/03/2016

Resíduo IIº: 20161360001				
Composição Química	Forma Farmacêutica	Lote	Quantidade	Motivo
PENICILINA G. BENZATINA 1.200.000 UI SOL INJ	am	2505280	1	Perda - Quebra
Destino:	ATERRO	Peso:	1	

RESIDUOS DE MEDICAMENTOS COM DESCARTE COMUM SEM TRATAMENTO PRÉVIO - DE ACORDO COM RDC 306/2004 E PORTARIA CVS 21/2008 - Versão 1.0 Out2008			
MEDICAMENTO/ PRODUTO	CLASSIFICAÇÃO FARMACOLÓGICA	ACONDICIONAMENTO	DESTINAÇÃO FINAL
ACETAZOLAMIDA (DIAMOX) 250 MG FR C/25	ANTI GLAUCOMA	SACO PRETO - RESIDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
ACETAZOLAMIDA (DIAMOX) 250 MG FR C/25 CP	ANTI GLAUCOMA	SACO PRETO - RESIDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
ACETILCISTEINA 600 MG ENV	MUCOLITICO	SACO PRETO - RESIDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG COMP	ANALGÉSICO/ANTIPIRÉTICO	SACO PRETO - RESIDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
ACIDO ACETILSALICILICO 500 MG COMP	ANALGÉSICO/ANTIPIRÉTICO	SACO PRETO - RESIDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
ACIDO FOLICO 5 MG COMP	ANTI ANÊMICO	SACO PRETO - RESIDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
ACIDO FOLINICO 15 MG CP	ANTI ANÊMICO	SACO PRETO - RESIDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
AD-TIL FRASCO C/10 ML	VITAMINAS	SACO PRETO - RESIDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
AGUA DESTILADA 10 ML SOL INJ	DILUENTE	SACO PRETO - RESIDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
AGUA DESTILADA ESTERIL 5ML SOL INJ	DILUENTE	SACO PRETO - RESIDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
ALBENDAZOL 40 MG/ML SOL ORAL 10 ML	ANTI PARASITÁRIO	SACO PRETO - RESIDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
ALBENDAZOL 400 MG - CPS MASTIGÁVEIS	ANTI PARASITÁRIO	SACO PRETO - RESIDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
ALENIA 12+ 400 MCG PÔ LOTE C/ 60 CAP + INALADOR	BRONCODILATADOR	SACO PRETO - RESIDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
ALOPURINOL 100 MG COMP	ANTIGOTA	SACO PRETO - RESIDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
AMARYL 4MG-COMPRIMIDOS (CX C/30 CPR)	HIPOGLICEMIANTE ORAL	SACO PRETO - RESIDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
AMINOFILINA 100 MG COMP	BRONCODILATADOR	SACO PRETO - RESIDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
AMINOFILINA 240 MG SOL INJ AMP 10 ML	BRONCODILATADOR	SACO PRETO - RESIDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
AMIODARONA 100 MG CPR (ANCORON)	ANTIARRITMICO	SACO PRETO - RESIDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
AMIODARONA 100 MG - CX C/ 20 CPR (ANCORO)	ANTIARRITMICO	SACO PRETO - RESIDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
AMIODARONA 100 MG - CX C/ 20 CPR (ANCORON)	ANTIARRITMICO	SACO PRETO - RESIDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
AMIODARONA 150MG SOL INJ AMP 3ML	ANTIARRITMICO	SACO PRETO - RESIDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
AMIODARONA 200 MG COMP	ANTIARRITMICO	SACO PRETO - RESIDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
ANALOGO GN - RH - 3,75MG/ML - AMPOLA	sem informação	SACO PRETO - RESIDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
ANLODIPINO 5 MG CPR	ANTAGONISTA CANAL Ca	SACO PRETO - RESIDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
APROVEL 300 MG CPR	ANTI HIPERTENSIVO	SACO PRETO - RESIDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
ARADOIS 100 MG (LOSARTAN POTÁSSICO) COMPR REVEST	ANTI HIPERTENSIVO	SACO PRETO - RESIDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
ARTROLIVE 500 + 400 MG CPR	ANTI ARTRITE	SACO PRETO - RESIDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
ASPIRINA PREVENT 100 CPR.	ANALGÉSICO/ANTIPIRÉTICO	SACO PRETO - RESIDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
ATENOLOL 50MG COMP	ANTI HIPERTENSIVO	SACO PRETO - RESIDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
ATROPINA 0,25 MG SOL INJ AMP 1ML	MIDRIÁTICO	SACO PRETO - RESIDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
AVANDAMET 2MG/500 MG	HIPOGLICEMIANTE	SACO PRETO - RESIDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
AVANDAMET COMP 2 + 500 MG	HIPOGLICEMIANTE	SACO PRETO - RESIDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
AZUL DE TOLUIDINA 1% FRASCO 10 ML	CORANTE	SACO PRETO - RESIDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO

34.6.2 ANEXO 2 - LISTA DE RESÍDUO DE MEDICAMENTOS DE USO COMUM SEM TRATAMENTO PRÉVIO.

BACLOFENO 10MG COMP	ANALGÉSICO/ ANTIESPASMÓDICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% SOL INJ 10ML	REPOSIÇÃO ELETROLÍTICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% SOL INJ 10ML	REPOSIÇÃO ELETROLÍTICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
BOSENTANA 125 MG CPR (CAIXA COM 60 COMPRIMIDOS)	ANTIHIPERTENSIVO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
BRINZOLAMIDA 1% COLÍRIO (AZOPT) FR C/ 5	VASOATIVO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
BRINZOLAMIDA 1% COLÍRIO C/ 5ML (AZOPT®)	ANTIHIPERTENSIVO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
BROMETO IPATROPIO SOLUÇÃO (ATROVENT) GT 0,025% FR C/2	BRONCODILATADOR	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
BROMIDRATO FENOTEROL AEROSOL (CRST)	BRONCODILATADOR	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
BROMIDRATO FENOTEROL SOLUÇÃO (BEROTEC) GTS 5MG/ML FR C	BRONCODILATADOR	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
BUDESONIDA 50 MCG AQUOSO NASAL FRASCO COM 120 DOSES	BRONCODILATADOR	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
BUDESONIDA 50 MCG INALATÓRIO ORAL FRASCO COM 100 DOSE	BRONCODILATADOR	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
BUDESONIDA-ENEMA-FR. 30 A 60ML	BRONCODILATADOR	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
CAPTOPRIL 25 MG COMP	ANTIHIPERTENSIVO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
CAPTOPRIL 50MG COMP	ANTIHIPERTENSIVO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
CARBONATO CÁLCIO CPR (MAXICALC D-400)	REPOSITO R DE CÁLCIO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
CARBOXIMETILCELULOSE 0,5% COLÍRIO (ECOFILM)	UMECTANTE	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
CARVEDILOL 25 MG - CX C/ 30 CPR (CARDIOL)	ANTIANGINOSO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
CARVEDILOL 3,125 MG CPR (CARDIOL)	ANTIANGINOSO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
CARVEDILOL 3.125 MG CX C/ 15 CPR - (CA	ANTIANGINOSO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
CARVEDILOL 6,25MG	ANTIANGINOSO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
CETOCONAZOL 20 MG/G SHAMPOO	ANTIINFECIOSOS/ ANTIIFÚNGICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
CETOCONAZOL 200 MG COMP	ANTIINFECIOSOS/ ANTIIFÚNGICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
CETOCONAZOL 200 MG COMP	ANTIINFECIOSOS/ ANTIIFÚNGICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
CETOCONAZOL CREME 20 MG/G BISNAGA COM 20 GR	ANTIINFECIOSOS/ ANTIIFÚNGICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
CICLOBENZAPRINA 0,5 MG (MIRTA X MIOSAN OU SIMILAR	RELAXANTE MUSCULAR	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
CICLOBENZAPRINA 0.5 MG (MIRTA X. MIOSAN,	RELAXANTE MUSCULAR	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
CILOSTAZOL 100 MG CPR	VASODILATADOR	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
CILOSTAZOL 100 MG CX C/30	ANTIAGREGANTEPLAQUETÁRIO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
CILOSTAZOL 100 MG CX C/30	VASODILATADOR	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
CIMETIDINA 200 MG COMP	ANTIÚLCERA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
CIMETIDINA 300 MG AMP 2 ML SOL INJ	PROTECTOR DE MUCOSA GÁSTRICA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
CINARIZINA 75 MG	VASODILATADOR	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
CITONEURIN 5000 VIT B1+B6+B12	VITAMINAS	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
CLOPIDOGREL 75 MG (ISCOVER) CPR REV	ANTIAGREGANTEPLAQUETÁRIO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
CLOPIDOGREL 75 MG - CX C/ 28 CPR	ANTIAGREGANTEPLAQUETÁRIO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
CLOPIDOGREL 75 MG CPR (PLAVIX)	ANTIAGREGANTEPLAQUETÁRIO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO

CLOPIDOGREL 75 MG CX C/ 28 CPR (ISCOVE	ANTIAGREGANTEPLAQUETÁRIO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
CLOPIDOGREL 75 MG CX C/ 28 CPR (ISCOVER)	ANTIAGREGANTEPLAQUETÁRIO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
CLOPIDOGREL 75 MG CX C/ 28 CPR (PLAVIX)	ANTIAGREGANTEPLAQUETÁRIO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
CLOPIDOGREL 75 MG CX C/ 28 CPR (PLAVIX)	ANTIAGREGANTEPLAQUETÁRIO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
CLOPIDOGREL 75 MG CX C/ 28 CPR (ISCOVER)	ANTIAGREGANTEPLAQUETÁRIO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
CLORETO POTÁSSIO 19.1% SOL INJ AMP 10 ML	REPOSIÇÃO ELETROLÍTICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
CLORETO POTÁSSIO 6% EDULITO SOL ORAL (S/AÇÚCAR)	MUCOLÍTICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
CLORETO POTÁSSIO 6% XAROPE	MUCOLÍTICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
CLORETO SÓDIO 20% SOL INJ AMP 10 ML	REPOSIÇÃO ELETROLÍTICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
CLORIDRATO DE TERBINAFINA 250 MG	ANTIFÚNGICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
CLORIDRATO DE TERBINAFINA 250 MG CPR	ANTIFÚNGICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
CLORIDRATO DORZOLAMIDA FR	ANTIHIPERTENSIVO OCULAR	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
CLOROQUINA 150 MG COMP	ANTIMALÁRICO / ANTI REUMÁTICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
CLOROQUINA 150 MG COMP (DRS VII) - USAR CODIGO 32549	ANTIMALÁRICO / ANTI REUMÁTICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
CLORTALIDONA 50 MG COMPRIMIDO	DIURETICO/ANTIHIPERTENSIVO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
CLOTRIMAZOL 0.1% CREME	ANTIFÚNGICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
COENZIMA Q-10 (VINO CARD) CX C/20 CPR	COENZIMA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
COENZIMA Q-10 (VINO CARD) CX C/20 CPR	COENZIMA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
COENZIMA Q-10 (VINO CARD) CX C/20 CPR	COENZIMA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
COENZIMA Q-10 50 MG CPR (VINO CARD)	COENZIMA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
COLÍRIO ANESTÉSICO 1%	ANESTÉSICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
COLÍRIO ATROPINA 1%	VASOATIVO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
COLÍRIO CICLOPÉGICO CICLOPENTOLATO	VASOATIVO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
COLÍRIO CICLOPÉGICO TROPICAMIDA 1% FR 5 ML	VASOATIVO/CICLOPÉGICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
COLÍRIO DE HIPROMELOSE (FR C/15 ML.	EMOLIENTE	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
COLÍRIO ECOFILM - FRASCO C/ 15 ML	UMECTANTE	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
COLÍRIO FENILEFRINA 10% C/ 5 ML	VASOATIVO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
COLÍRIO FLUORESCEINA 10 MG/ML 3 ML	MARCADOR DE LESÃO CORNEA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
COLÍRIO PILOCARPINA 4%	ANTIHIPERTENSIVO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
COLÍRIO TIMOLOL 0.5%	ANTIHIPERTENSIVO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
CONCOR 10MG COMP	BETABLOQUEADOR	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
CONDORLEX- 1,5G DE SULF. DE GLIC. E 1,2 DE SULF. DE	ANTIARTROSE	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
COVERSYL COMP- 4 MG	ANTIHIPERTENSIVO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
CREME DE UREIA BISNAGA C/60 GR (DRS VII)	HIDRATANTE	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
DERMACYD INFANTIL SABO NETE LIQUIDO FR 200 ML	ANTISÉPTICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
DERSANI - FRASCO C/ 200 ML	ÓLEO ESSENCIAIS	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO

DESLANOSIDO SOL INJ (CEDILANIDE) AMP 0,2MG/ML	VASOATIVO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
DESMOPRESSINA 0,1 MG/COMPRIMIDOS	ANTI DIURÉTICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
DESMOPRESSINA 0,1 MG/CPR (CX C/3	ANTI DIURÉTICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
DEXCLORFENIRAMINA 0,04% SOL ORAL	ANTIALERGICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
DEXCLORFENIRAMINA 2 MG COMP	ANTIALERGICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
DEXTRANO 70 MG E MIPROMELOSE 3 MG - COLIRIO OFTALMICO	EMOLIENTE	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
DICLOFENACO POTÁSSICO 50 MG COMP	ANTIINFLAMATÓRIO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
DICLOFENACO SODICO 50 MG COMP	ANTIINFLAMATÓRIO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
DICLOFENACO SODICO 75 MG SOL INJ AMP 3ML	ANTIINFLAMATORIO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
DIETA BASE PROT ISOLADA L600 GR -SOYA DIET-S/S	PROTEÍNA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
DIETA ENTERAL FABR.INDUSTRIALMENTE EMBV 1000 ML	PROTEÍNA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
DILTIAZEN 60 MG	BLOQUEADOR CANAIS Ca	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
DIMENIDRINATO-50MG + CLOR. PIRIDOXINA-50MG/ML - 1 ML-S	ANTI HISTAMÍNICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
DIPIRONA 500 MG COMP	ANTIPIRÉTICO/ANALGÉSICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
DIPIRONA 500 MG/ML SOL INJ AMP 2ML	ANTIPIRÉTICO/ANALGÉSICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
DIPIRONA 500 MG/ML SOL ORAL (GOTAS)	ANTIPIRÉTICO/ANALGÉSICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
DOBUTAMINA 250 MG SOL INJ AMP 20ML	ESTIMULANTE CARDIACO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
DOPAMINA 50 MG SOL INJ AMP 10ML	ESTIMULANTE CARDIACO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
DOXAZOSINA 4 MG CPS	HIPERTENSÃO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
EFEDRINA (SULFATO) 50MG/AMP - SI AMP 1ML	BRONCODILATADOR/ HIPERTENSOR	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
ENALAPRIL 10 MG CPR	ANTI HIPERTENSIVO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
ENALAPRIL 20 MG	ANTI HIPERTENSIVO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
ENOXAPARINA SODICA 20MG/0,2ML C/10 SERINGAS	ANTICOAGULANTE	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
ENOXAPARINA SODICA 40 MG AMP C/ 0,4 ML	ANTICOAGULANTE	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
ENOXAPARINA SODICA 60 MG SERINGA 0,6 ML	ANTICOAGULANTE	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
ENOXAPARINA SÓDICA 80 MG AMP C/ 0,8 ML	ANTICOAGULANTE	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
ENSURE SUPL. ALIM. EM PÓ LT 400 GR	VITAMINAS	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
ENSURE SUPLEMENTO ALIMENTAR PO LATA 400	VITAMINAS	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
ESPIRONOLACTONA 100 MG - COMPRIMIDO	DIURÉTICO/ANTI HIPERTENSIVO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
ESPIRONOLACTONA 25 MG CPR (ALDACTONE)	DIURÉTICO/ANTI HIPERTENSIVO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
FIBERSOURCE (DIETA ENTERAL LIQUIDA)FR.C/1000ML	ALIMENTO/FIBRAS	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
FIBERSOURCE (DIETA ENTERAL LIQUIDA)FR.C/1000ML	ALIMENTO/FIBRAS	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
FITOMENADIONA 10 MG SOL INJ (VITAMINA K) AMP 1ML	ANTICOAGULANTE	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
FLUCONAZOL 100 MG COMP	ANTIFUNGICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
FLUCONAZOL 150 MG COMP	ANTIFÚNGICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
FORASEQ - 12/400	BRONCODILATADOR	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO

FOSFATO DE SITAGLIPTINA	HIPOGLICEMIANTE	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
FRAGMIN 5.000UI SERINGA DE 0,2 ML	ANTICOAGULANTE	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
FRESH TEARS 5% COLIRIO FRASCO 10 A 15 ML	LUBRIFICANTE	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
FUMARATO DE FORMOTEROL	BRONCODILATADOR	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
FUROSEMIDA 20 MG SOL INJ AMP 2ML	DIURÉTICO/ANTI HIPERTENSIVO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
FUROSEMIDA 40 MG COMP	DIURÉTICO/ANTI HIPERTENSIVO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
GALVUS MET 50+850MG VILDAGLIPTINA + CLORIDRATONA DE M	HIPOGLICEMIANTE	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
GLIBENCLAMIDA 5 MG COMP	HIPOGLICEMIANTE	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
GLICOSE 25% SOL INJ 10 ML	REIDRATAÇÃO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
GLICOSE 50% SOL INJ 10ML	REIDRATAÇÃO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
GLIFAGE 850MG COMP.	HIPOGLICEMIANTE	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
GLIFAGE XR 500 MG - CLORIDRATO DE METFORMINA	HIPOGLICEMIANTE	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
GLIFAGE XR 500 MG (CLORIDRATO DE METFORMINA)	HIPOGLICEMIANTE	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
GLIMEPIRIDA 2MG COMP.	HIPOGLICEMIANTE	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
GLIMEPIRIDA 4 MG (AMARYL) CX C/30 CPR	HIPOGLICEMIANTE	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
GLUCOFORMIN 850 MG CPR	HIPOGLICEMIANTE	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
GLUCONATO CALCIO 10% SOL INJ AMP 10 ML	REIDRATAÇÃO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
GLUCONATO CALCIO 10% SOL INJ AMP 10 ML	REIDRATAÇÃO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
GOMA DE MASCAR DE NICOTINA 2 MG	NICOTINA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
HELMIBEN COMP	ANTIHELMÍNTICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
HEPARINA SODICA 5.000 UI 0,25 ML SOL INJ SUBCUTANEA	ANTICOAGULANTE	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
HEPARINA SODICA 5.000 UI/ML - 5ML - SOL INJ	ANTICOAGULANTE	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
HIDRALAZINA SOL. INJ. 20 MG AMP 1ML	ANTI HIPERTENSIVO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
HIDROCLOROTIAZIDA 25MG COMP	ANTI HIPERTENSIVO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
HIDROCLOROTIAZIDA 50 MG COMP	ANTI HIPERTENSIVO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
HIDROXIDO DE ALUMINIO SUSPENSAO 0,06195%	PROTETOR DE MUCOSA GASTRICA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
HIDROXIDO DE FERRO 100 MG SOL INJ	REPOSITOR DE MINERAIS	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
HIDROXIDO DE POTÁSSIO 10% FRASCO 10 ML	REPOSITOR ELETROLICITO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
HIDRÓXIDO DE POTÁSSIO 20% frasco 10 ml.	REPOSITOR ELETROLICITO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
HIDRÓXIDO DE POTÁSSIO 40% FRASCO 10 ML	REPOSITOR ELETROLICITO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
HIOSCINA 10 MG COMP	ANTIESPASMÓDICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
HIOSCINA 20 MG SOL INJ AMP 1ML	CORTICOIDE	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
HIPER DIET TCM - ENVELOPE COM 90 GRS	DIETA HIPERPROTÉICA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
HIPOCLORITO DE SODIO 2.5% (FRASCO COM 50 ML)	DESINFETANTE	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
HIPROMELOSE 3 MG/ML COLIRIO (GENTEAL)	EMOLIENTE E PROTETOR	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
IBUPROFENO 50 MG/ML - SOL ORAL (P.S.)	ANTIINFLAMATÓRIO NÃO ESTERÓIDE	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO

INDAPAMIDA SR 1,5 MG (NATRILIX)	ANTIHIPERTENSIVO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
IRBESARTANA 150 MG CPR (APROVEL)	HIPERTENSÃO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
ISOMIL FORMULA A BASE DE SOJA LT C/400 G	VITAMINAS	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
ISOSSORBIDA (MONONITRATO) 10 MG/AMP-SI AMP 1 ML	VASODILATADOR	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
ISOSSORBIDA 10 MG COMP	VASODILATADOR	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
ISOSSORBIDA 5 MG COMP SUBLINGUAL	VASODILATADOR	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
IVERMECTINA 6 MG	ANTIPARASITÁRIO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
ITRACONAZOL 100 MG COMP	ANTIFUNGICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
LACTULONA XAROPE 667 MG DE LACTULOSE - F	ENZIMA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
LACTULONA XAROPE C/667 MG DE LACTOSE - FRASCO C/	ENZIMA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
LACTULOSE 667 MG - XAROPE	ENZIMA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
LEVODOPA + CARBIDOPA 250MG COMP	ANTIPARKINSON	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
LIDOCAINA 02% AMP 20ML C/VASO	ANESTÉSICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
LIDOCAINA 02% GEL	ANESTÉSICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
LIDOCAINA 10% SPRAY	ANESTÉSICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
LIDOCAINA 2% S/VASO AMP 5 ML	ANESTÉSICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
LORATADINA 10 MG - COMPRIMIDO	ANTIISTAMÍNICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
LOSARTAN 100 MG COMPR	ANTIHIPERTENSIVO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
LOSARTAN 50 MG	ANTIHIPERTENSIVO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
LUGOL 2% FRASCO COM 500 ml.	CORANTE	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
LUMIGAN 0,3 MG OU 0,03%	ANTIGLAUCOMA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
MALEATO DE TIMOLOL 0.5% FRASCO 5 ML.	BETA-BLOQUEADOR	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
MAXICALC D-400 (CARBONATO CÁLCIO) COMPR	CÁLCIO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
MEBENDAZOL 20 MG/ML SUSP - 30 ML	ANTIPARASITÁRIO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
MEBENDAZOL 100 COMP	ANTIPARASITÁRIO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
MEBENDAZOL 100 COMP	ANTIPARASITÁRIO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
MEBENDAZOL 20 MG/ML SUSP - 30 ML	ANTIPARASITÁRIO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
MEGLUMINA ANTIMONIATO 300 MG/ML INJ 5 ML (GLUCANTIME	ANTIPARASITÁRIO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
MEGLUMINA ANTIMONIATO 300 MG/ML SOL INJ - 5 ML (GLUCANTINE)	HIPOGLICEMIANTE	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
MESALAZINA 500 MG CPR	ANTIINFLAMATÓRIO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
MESALAZINA 400 MG CPR (ASALIT)	ANTIINFLAMATÓRIO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
MESALAZINA 400 MG CPR (MESACOL)	ANTIINFLAMATÓRIO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
MESALAZINA 500MG (PENTASA) - COMPRIMIDO	ANTIINFLAMATÓRIO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
METFORMINA 850 MG (GLUCOFORMIN) CX C/30	HIPOGLICEMIANTE	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
METFORMINA 850 MG COMP	HIPOGLICEMIANTE	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
METFORMINA 850 MG COMP	HIPOGLICEMIANTE	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO

METILERGOMETRINA 0,2 MG/ML SOL INJ AMP 1ML	TONICO UTERINO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
METILERGOMETRINA 0,2 MG/ML SOL INJ AMP 1ML	ESTIMULANTE UTERINO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
METILDOPA 250MG COMP REV	ANTIHIPERTENSIVO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
METILDOPA 250MG COMP VER	ANTIHIPERTENSIVO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
METILDOPA 500 MG COMP	ANTIHIPERTENSIVO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
METMAZOL 5 MG COMP	ANTITIREOIDIANO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
METMAZOL 5 MG COMP	ANTITIREOIDIANO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
METOCLOPRAMIDA 0,4% SOL ORAL	ANTIEMÉTICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
METOCLOPRAMIDA 10 MG COMP	ANTIEMÉTICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
METOCLOPRAMIDA 10 MG SOL INJ AMP 2ML	ANTIEMÉTICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
METOCLOPRAMIDA 10 MG SOL INJ AMP 2ML	ANTIEMÉTICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
METOPROLOL 5MG/5ML SOL INJ AMP 5ML	B BLOQUEADOR	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
METOPROLOL 5MG/5ML SOL INJ AMP 5ML	BETA-BLOQUEADOR	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
METRONIDAZOL 4% SOL ORAL	ANTIPARASITÁRIO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
METRONIDAZOL 250 MG COMP	ANTIPARASITÁRIO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
METRONIDAZOL 250 MG COMP	ANTIPARASITÁRIO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
METRONIDAZOL 4% SOL ORAL	ANTIPARASITÁRIO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
METRONIDAZOL 5 MG/ML-SI FR OU BOLSA 100 ML	ANTIPARASITÁRIO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
METRONIDAZOL 500 MG GEL GINECOLOGICO	ANTIPARASITÁRIO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
METRONIDAZOL 500 MG GEL GINECOLOGICO	ANTIPARASITÁRIO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
MICONAZOL 2% CREME VAGINAL	ANTIFUNGICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
MICONAZOL 20 MG - CREME GINEC. BISNAGA 80 G + APLICAD	ANTIFUNGICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
MODULEN IBD (LATA COM 400 GR)	ALIMENTO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
MODULEN IBD (LATA COM 400 GR)	ALIMENTO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
MONONITRATO DE ISOSSORBIDA 20 MG CPR (MONOCORDI	VASODILATADOR	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
MONONITRATO DE ISOSSORBIDA 20 MG CX C	VASODILATADOR	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
MONONITRATO DE ISOSSORBIDA 20 MG CX C/30 (MONOCORDIL)	BLOQ CANAIS DE CA'LÇIO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
MUVINOR POLICARBOFILA CALCIA 625 MG FR C/30	REGULADOR INTESTINAL	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
NAN SOY PÓ FORMULA A BASE DE PROTEINA ISOLADA DE	ALIMENTO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
NAN SOY PÓ FORMULA A BASE DE PROTEINA ISOLADA DE	ALIMENTO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
NAPRIX 2,5 MG CX COM 30 COMPRIMIDOS	ANTIHIPERTENSIVO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
NIFEDIPINA 20 MG COMP REV LIB. LENTA	BLOQUEADOR CANAIS Ca	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
NIFEDIPINA 10 MG CAPSULA GEL	BLOQUEADOR CANAIS Ca	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
NIFEDIPINA 10 MG COMP	BLOQUEADOR CANAIS Ca	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
NIFEDIPINA 10 MG COMP	BLOQUEADOR CANAIS Ca	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
NIFEDIPINA 20 MG COMP	BLOQUEADOR CANAIS Ca	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO

NIFEDIPINA 20 MG COMP REV LIB. LENTA	BLOQUEADOR CANAIS Ca	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
NIMESULIDE 100 MG COMP	ANTIINFLAMATÓRIO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
NIMODIPINO 30 MG COMP	BLOQUEADOR CANAIS Ca	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
NIMODIPINO 30MG CPR	BLOQUEADOR CANAIS Ca	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
NISTATINA 100.000 UI/ML SOLUCAO	ANTIFUNGICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
NITROPUSSIATO SODICO 50 MG SOL INJ VAGINAL	ANTIHIPERTENSIVO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
NISTATINA 25.000 UI/G CREME VAGINAL	ANTIFUNGICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
NITRATO DE PRATA 1% COLIRIO	ANTISÉPTICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
NUTREN 1.0- SUPLEMENTO ALIMENTAR EM PÓ LT C/400	ALIMENTO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
NUTREN 1.0- SUPLEMENTO ALIMENTAR EM PÓ LT C/400	ALIMENTO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
NUTREN DIABETES - SUPL. ALIM. EM PÓ LT 400G	ALIMENTO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
NUTREN DIABETES - SUPL. ALIM. EM PÓ LT 400G	ALIMENTO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
NUTREN DIABETES - SUPLEMENTO ALIMENTAR P	ALIMENTO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
NUTREN DIABETES - SUPLEMENTO ALIMENTAR P	ALIMENTO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
NUTREN JUNIOR LIQUIDO-FORMULA NUTRICIONAL	ALIMENTO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
NUTREN JUNIOR LIQUIDO-FORMULA NUTRICIONAL	ALIMENTO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
NUTRINI ENERGY MULTI FIBER - SUPL ALIME	ALIMENTO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
NUTRINI ENERGY MULTI FIBER - SUPL ALIME	ALIMENTO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
NUTRISON ENERGY MULTIFIBER - DIETA HIPERCALORICA	ALIMENTO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
NUTRISON ENERGY MULTIFIBER - DIETA HIPERCALORICA	ALIMENTO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
OCUVITE LETEIN (CX COM 60 COMPRIMIDOS)	POLIVITAMÍNICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
OLEO MINERAL LAXANTE FR. C/ 100 ML	LAXANTE	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
OMEPRAZOL 10 MG	ANTIÚLCERA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
OMEPRAZOL 20 MG CÁPSULA (PRATIPRAZOL)	ANTIÚLCERA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
PANCREASE - LIPASE - AMILASE E PROTEASE CPS	ENZIMA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
PARACETAMOL 100mg/ml SOL. ORAL	ANTIINFLAMATÓRIO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
PARACETAMOL 200 MG/ML SOL. ORAL	ANTIINFLAMATÓRIO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
PARACETAMOL 500MG COMP	ANTIINFLAMATÓRIO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
PENTOXIFILINA 400 MG CPR (TRENTOFIL)	REDUTOR DA VISCOSIDADE SANGUINEA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
PERINDOPRIL 4 MG (COVERSIL)	ANTIHIPERTENSIVO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
PIRIDOXINA 40 MG COMP	VITAMINA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
PIRIDOXINA 40 MG COMP	VITAMINA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
PIRIDOXINA-50MG/ML - 1ML-SOL.INJ	VITAMINA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
PODOFILINA ALCOÓLICA 25% FRASCO 10 ML	QUERATOLÍTICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
PODOFILINA EM TINTURA DE BENJOIN 30% FRASCO 10 ML	QUERATOLÍTICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO

POLIVITAMINICO (A+B+D+E) SOL ORAL GOTAS FR 30 ML	VITAMINAS	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
POLIVITAMINICO COMP	VITAMINAS	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
POMADA OXIDO DE ZINCO 45 GRS	ANTI-SÉPTICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
PRAZIQUANTEL 150 MG - COMPRIMIDO	ANTI-HELMÍNTICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
PRAZIQUANTEL 600 MG COMP	ANTI-HELMÍNTICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
PRAZIQUANTEL 600 MG COMP	ANTI-HELMÍNTICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
PREGOMIN - DIETA À BASE DE PROTEINA HIFROLISADA	ALIMENTO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
PREGOMIN - DIETA À BASE DE PROTEINA HIFROLISADA	ALIMENTO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
PROMETAZINA 25 MG COMP	ANTIALERGICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
PROMETAZINA 50 MG/2ML SOL INJ AMP 2ML	ANTIALERGICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
PROPATILNITRATO 10 MG - CX C/ 50 CPR (SUS	VASODILATADOR	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
PROPRANOLOL 40 MG COMP	BLOQUEADOR	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
PROSCAR 5 MG CPR	INIBIDOR ENZIMÁTICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
PROTETOR SOLAR - LUPUS (DRS 7)	COSMÉTICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
PROTOVIT FRASCO C/20 ML	POLIVITAMÍNICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
RAMIPRIL 2,5 MG CX C/ 30 CPR	ANTIHIPERTENSIVO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
RAMIPRIL 5,0 MG CPR (NAPRIX)	ANTIHIPERTENSIVO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
RANITIDINA 150 MG/10ML FRASCO C/120 ML	ANTI ÚLCERA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG SOL. INJ AMP 2ML	ANTI ÚLCERA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
RILUZOL 50 MG CPR (RILUTEK)	TRATAMENTO ESCLEROSE	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
ROSIGLITAZONA 4 MG + METFORMINA 500 MG - CX C/	HIPOGLICEMIANTE	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL	SAIS	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
SALBUTAMOL 0,4 MG S ORAL	BRONCODILATADOR	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
SALBUTAMOL 2,0 MG COMP	BRONCODILATADOR	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
SALBUTAMOL SPRAY	BRONCODILATADOR	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
SLOW-K DRAGEAS DE 600 MG CPR	CLORETO POTÁSSIO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - AMP 10 ML ESTERIL	DILUENTE	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
SOLUCAO INJETAVEL DE LIDOCAINA A 2% C/ VASO 20ML	ANESTÉSICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
SOLUÇÃO OFTÁLMICA GENTEAL FR C/ 10 ML	UMECTANTE	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
SOLUCAO POLIVITAMINICA LIQUIDA (POLIPLEX	POLIVITAMÍNICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
SORO BICARBONATO SODIO 8,4% FR C/ 250 ML	REPOSIÇÃO ELETROLITICA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
SORO FISIOLÓGICO 0,9% FR C/250 ML	REPOSIÇÃO ELETROLITICA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
SORO FISIOLÓGICO 0,9% FR C/500 ML	REPOSIÇÃO ELETROLITICA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
SORO GLICERINADO 12% FR C/ 500 ML - (clister)	REPOSIÇÃO ELETROLITICA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
SORO GLICOFISIOLÓGICO 5% FR C/ 500 ML	REPOSIÇÃO ELETROLITICA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
SORO GLICOSADO 5% FR C/ 250 ML	REPOSIÇÃO ELETROLITICA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO

SORO GLICOSADO 5% FR C/ 500 ML	REPOSIÇÃO ELETROLÍTICA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
SORO GLICOSADO 10 % - 500 ML	REPOSIÇÃO ELETROLÍTICA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
SORO GLICOSADO 10% FR C/250ML SOL. INJ.	REPOSIÇÃO ELETROLÍTICA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
SORO MANITOL 20% FR C/ 250 ML	REPOSIÇÃO ELETROLÍTICA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
SORO RINGER LACTATO FR C/ 500 ML	VITAMINA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
SULFATO FERRO 12,5 MG EM 2,5 ML SOL ORAL FR 60 ML	VITAMINA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
SULFATO FERROSO 25 MG/ML SOL ORAL FR 30 ML	VITAMINA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
SULFATO FERROSO 40 MG COMP	VITAMINA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
SULFATO MAGNÉSIO SOL INJ 10ML	REPOSIÇÃO DE MAGNÉSIO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
SUPLEMENTO ALIMENTAR ENTERAL RESOURCE/NU	ALIMENTO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
SUPLEMENTO ALIMENTAR ENTERAL RESOURCE/NU	ALIMENTO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
SUPLEMENTO ALIMENTAR NUTRINI ENERGY	ALIMENTO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
SUPLEMENTO ALIMENTAR NUTRINI ENERGY	ALIMENTO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
SUPLEMENTO ALIMENTAR NUTRINI ENTERAL	ALIMENTO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
TARTARATO DE BRIMONIDINA 0,2% (ALPHAGAN)	ANTI GLAUCOMA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
TCM TRIGLICERÍDEOS CADEIA MÉDIA (FRASCO 2	TRIGLICERÍDEOS	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
TELMISARTANA 40 MG - CX C/ 28 CPR (MIC	ANTI HIPERTENSIVO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
TEOLONG 200 MG CAPSULA	BRONCODILATADOR	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
TERBUTALINA 0,5 MG SOL INJ AMP 1 ML	BRONCODILATADOR	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
TERBUTALINA 2,5 MG COMP	BRONCODILATADOR	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
TIABENDAZOL 5% POMADA	ANTI-HELMÍNTICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
TIABENDAZOL 5% SOL ORAL	ANTI-HELMÍNTICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
TIABENDAZOL 500 MG COMP	ANTI-HELMÍNTICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
TIAMINA 300 MG COMP	VITAMINA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
TRAVOPROSTA 0,004% COLÍRIO (TRAVATAN)	ANTI GLAUCOMA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
TRIEXFENIDILA (CLORIDRATO) 2M COMPRIMIDO	ANTI PARKINSON	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
TRIMETAZIDINA 20 MG COMPRIMIDO	ANTI PARKINSON	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
URSODIL 150 MG (URSACOL) CAIXA C/20 COMPR	COLELÍTICO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
VALSARTANO 160 MG (DIOVAN)	ANTI HIPERTENSIVO	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
VASOGARD 100 MG (CILOSTAZOL) CPR	AUMENTA AMPs NAS PLAQUETAS	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
VERAPAMIL 5 MG SOL INJ	BLOQUEADOR CANAIS Ca	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
VISUDYNE 15 MG - AMPOLA COM PÓ SOLÚVEL - KIT	FOTOSENSIBILIZADOR	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
VIT B12 (2.500MCG/ML)+B1 (50MG/ML)+B6 (50MG/ML) AMP 2	VITAMINA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
VITAMINA C 500 MG SOL INJ AMP 5ML	VITAMINA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
VITAMINA COMPLEXO B 2ML SOL INJ	VITAMINA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO
VITAMINA COMPLEXO B COMP	VITAMINA	SACO PRETO - RESÍDUO COMUM	ATERRO SANITÁRIO

34.6.3 ANEXO 3 – ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DE RESÍDUOS



Prefeitura Municipal de Campinas
Secretaria Municipal de Saúde - Departamento de Saúde

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DE RESÍDUO Nº 20161360007

Distrito de Saúde: DISTRITO NORTE
Endereço: - SP
Data: 04/04/2016

IDENTIFICAÇÃO DO RESÍDUO

Denominação/Caracterização: (RDC Nº 306/2004)	Resíduos do Grupo B - Resíduos Químicos
Denominação/Caracterização: (Portaria Estadual CVS 21/2008)	Resíduos Perigosos de Medicamentos Tipo I (RPM Tipo 1)

GERADOR

Razão Social:	Prefeitura Municipal de Campinas				
Unidade de Saúde:	AMBULATORIO CEASA				
CNPJ:	51.885.242/0001-40	Insc. Estadual:	Isento		
Endereço:	Avenida Anchieta, 200	Cidade:	Campinas	Estado:	SP
Telefone:	(19) 2116-0287	Fax:	(19) 2116-0186		

RESÍDUO PERIGOSO CUIDADO

A LEGISLAÇÃO AMBIENTAL PROÍBE O DESCARTE SEM TRATAMENTO ADEQUADO. CASO ENCONTRADO, AVISE IMEDIATAMENTE A POLÍCIA, A DEFESA CIVIL, O ÓRGÃO ESTADUAL DE CONTROLE AMBIENTAL OU COMUNIQUE A VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE CAMPINAS PELO FONE: (19) 2116-0233 (DAS 08:00 H AS 17:00 H) OU (19) 995296722 (DAS 17:00 H AS 08:00 H).

CUIDADO

ESTES RECIPIENTES CONTÊM RESÍDUOS PERIGOSOS E DEVEM SER MANUSEADOS COM CUIDADO

IMPORTANTE: OS LACRES NÃO DEVEM SER ROMPIDOS

Peso: 0.5 (kg)

34.6.4 ANEXO 4 – REGISTRO DE MOVIMENTAÇÃO DE RESÍDUOS QUÍMICOS CONSOLIDADO(F01253)



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

1ª VIA



REGISTRO DE MOVIMENTAÇÃO DE RESÍDUOS QUÍMICOS CONSOLIDADO

UNIDADE GERADORA:

RESPONSÁVEL PELO ENVIO:

| DATA DE ENVIO:

[illegible]

RECEBIMENTO DOS RESÍDUOS

DEPARTAMENTO / EMPRESA:

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:

| DATA DO RECEBIMENTO:



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

2ª VIA



REGISTRO DE MOVIMENTAÇÃO DE RESÍDUOS QUÍMICOS CONSOLIDADO

UNIDADE GERADORA:

RESPONSÁVEL PELO ENVIO:

DATA DE ENVIO:

[illegible]

RECEBIMENTO DOS RESÍDUOS

DEPARTAMENTO / EMPRESA:

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:

DATA DO RECEBIMENTO:

FOI253 - MAR/16/SMS - VIA ÚNICA - FORMATO A4

FORMULÁRIO ELABORADO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO E CONTROLE - RAMAL: 0446/0845

1ª VIA UNIDADE - 2ª VIA EMPRESA

34.7 RISCOS/LIMITAÇÕES

Os resíduos de medicamentos pertencentes ao Grupo B (Químicos) podem apresentar risco à saúde e ao meio ambiente, razão pela qual as normas para descarte devem ser rigorosamente cumpridas.

34.8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Resolução da Diretoria Colegiada - RDC N° 306, de 7 de Dezembro de 2004 - Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização.** Brasília, 2006c.

ELABORADO POR: Assistência Farmacêutica Distrito de Saúde Sul Data: 30/05/2014	APROVADO POR: Grupo Técnico da Assistência Farmacêutica Data: 11/12/2015	REVISAR EM: Data: Abril/2017
--	--	---

35 GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE MEDICAMENTO CONTROLADO VENCIDO OU INUTILIZADO

Código	Versão	Data
35	02	29/04/2016

35.1 CAMPO DE APLICAÇÃO

Farmácias dos Serviços de Saúde da Secretaria de Saúde do Município de Campinas.

35.2 OBJETIVO

Este procedimento tem como objetivo normatizar a gestão de resíduos de medicamentos controlados vencidos ou inutilizados, incluindo a segregação, o registro, acondicionamento e descarte final dos mesmos.

35.3 CONSIDERAÇÕES

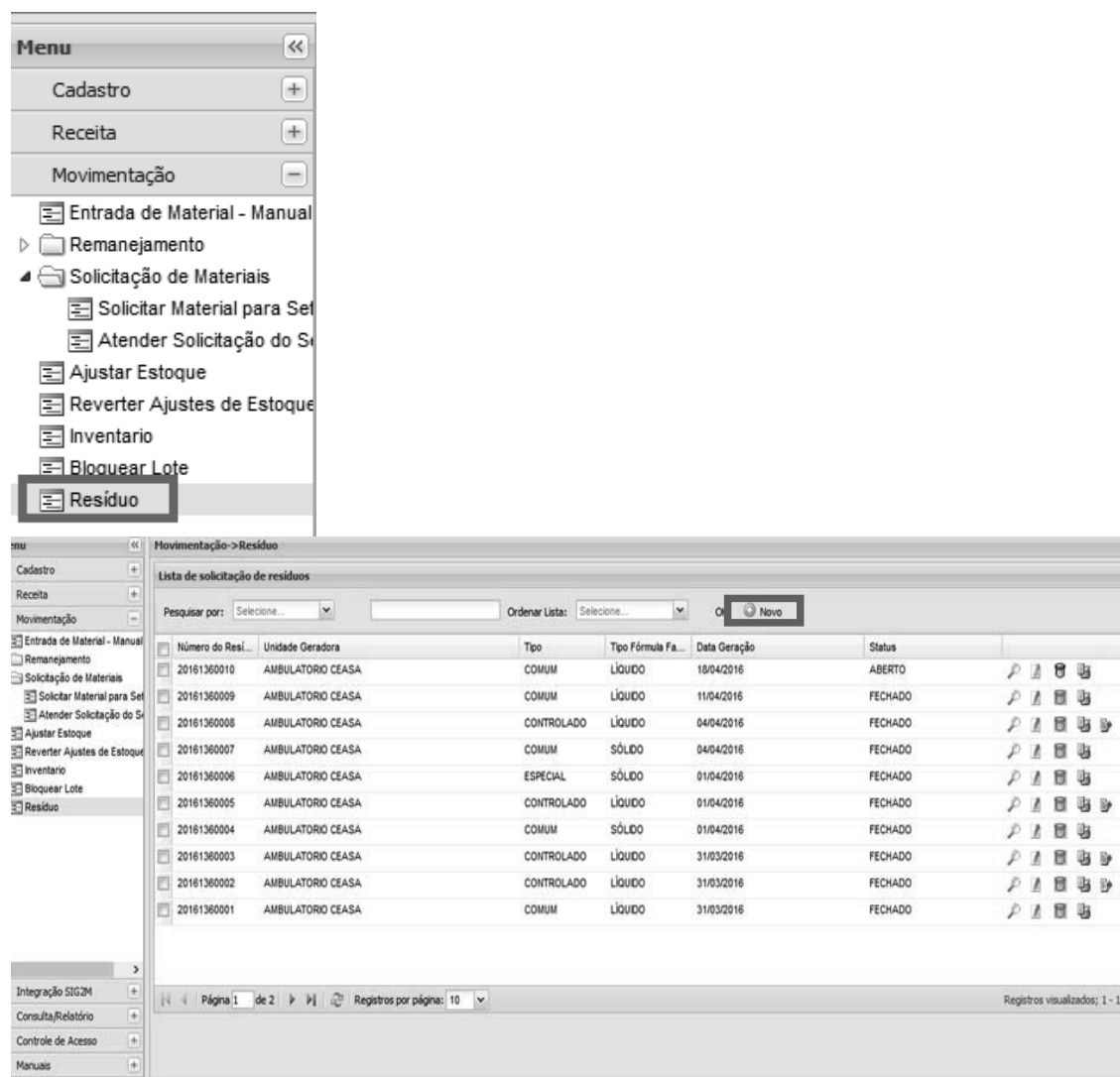
De acordo com a RDC nº 306, de 07 de dezembro de 2004, os resíduos de medicamentos de uso controlado (portaria 344/98) são enquadrados como resíduos químicos ou Grupo B, que apresentam risco à saúde ou ao meio ambiente. Ainda seguindo a mesma Resolução, os serviços de saúde são os responsáveis pelo correto gerenciamento de todos os RSS por eles gerados, atendendo às normas e exigências legais, desde o momento de sua geração até a sua destinação final.

35.4 RESPONSABILIDADE

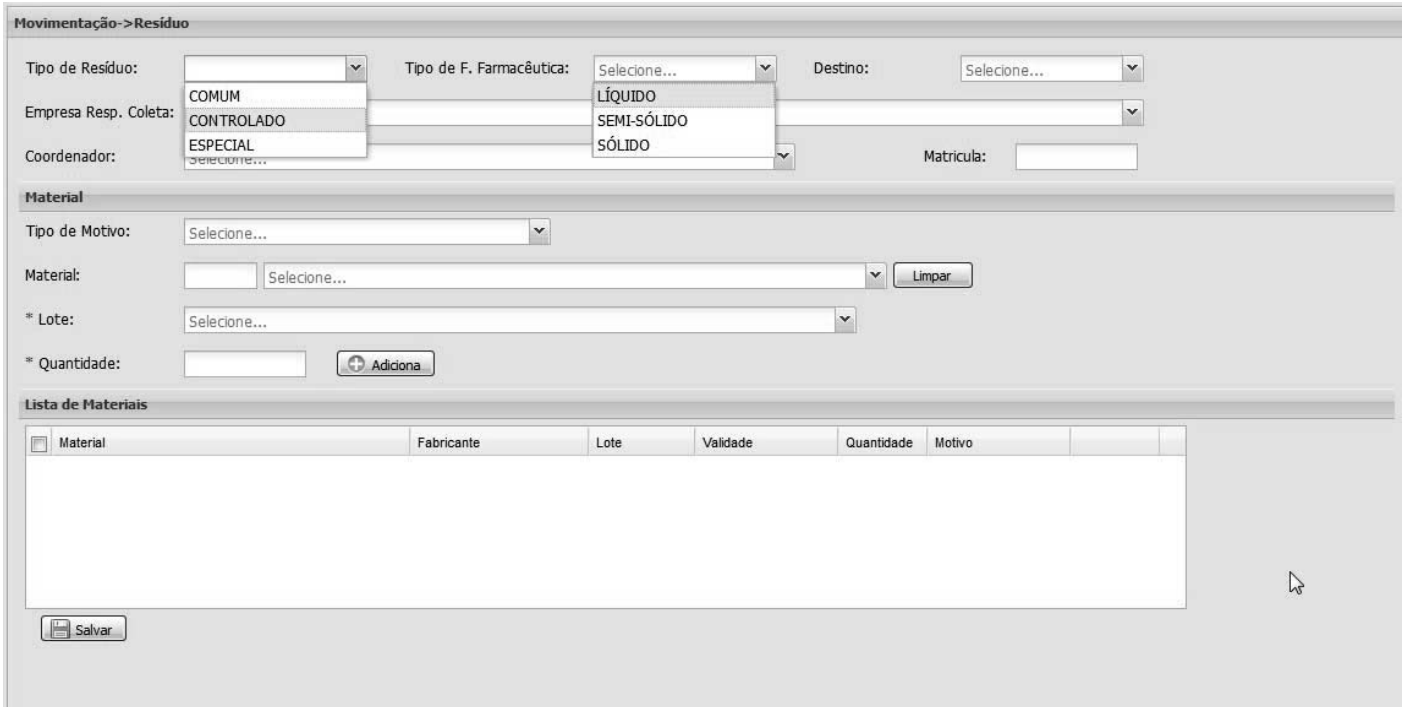
Profissionais das Farmácias (farmacêuticos e técnicos) dos Serviços de Saúde do Município de Campinas.

35.5 PROCEDIMENTO

- 1) Separar o medicamento controlado vencido/inutilizado controlado, por forma farmacêutica (líquido ou sólido/ semi-sólido), segundo Portaria 344/98 e RDC 306/2004 da ANVISA;
- 2) Colocar medicamento controlado vencido/inutilizado devidamente identificado em armário com chave, segregado dos medicamentos em uso;
- 3) Manter o medicamento controlado vencido/inutilizado na embalagem primária e separados por lote e quando possível manter nas caixas;
- 4) Os medicamentos controlados vencidos/inutilizados, provenientes da própria Unidade devem ser planilhados via sistema GEMM:
Menu → Movimentação →Resíduos →Novo



Escolher o tipo de resíduo (comum, controlado ou especial) e dar sequência no preenchimento conforme os campos do sistema.



Movimentação->Resíduo

Tipo de Resíduo:CONTROLADO

Tipo de F. Farmacêutica:LÍQUIDO

Destino:INCINERAÇÃO

Empresa Resp. Coleta:D.L.U. - DEPARTAMENTO DE LIMPEZA URBANA

Coordenador:TEREZA CRISTINA AVANCINI ALMEIDA

Matricula:123654

Material

Tipo de Motivo:Selecione...

Material:

Selecione...

Limpar

* Lote:Selecione...

* Quantidade:

Adiciona

Lista de Materiais

	Material	Fabricante	Lote	Validade	Quantidade	Motivo		
<input checked="" type="checkbox"/>	344 - MEPERIDINA 100 MG/2ML SOL INJ AMP 2ML(DOLA...	UNIAO QUIMICA	1512176	30/04/2017	1	PERDA - QUEBRA		

Salvar

Quando o documento é salvo, o status inicialmente encontra se como "Aberto", permitindo sua edição para adicionar mais itens à lista do documento e sua exclusão, através das ferramentas

"Editar" e "Cancelar",

OBS: O salvamento do documento, para resíduos do tipo Controlados não fazem a baixa dos itens no estoque neste momento. A baixa no sistema só ocorrerá mediante lacração pelo Farmacêutico da VISA , que emitirá para a Unidade o Termo de Conferência e Lacração.

Movimentação->Resíduo

Lista de solicitação de resíduos

Pesquisar por:Selecione...

Ordenar Lista:Selecione...

OK

Novo

	Número do Resíduo	Unidade Geradora	Tipo	Tipo Fórmula Farmaceutica	Data Geração	Status		
<input checked="" type="checkbox"/>	20161360002	AMBULATORIO CEASA	CONTROLADO	LÍQUIDO	31/03/2016	ABERTO		
<input type="checkbox"/>	20161360001	AMBULATORIO CEASA	COMUM	LÍQUIDO	31/03/2016	FECHADO		
<input type="checkbox"/>	20151360006	AMBULATORIO CEASA	CONTROLADO	SÓLIDO	01/12/2015	FECHADO		
<input type="checkbox"/>	20151360002	AMBULATORIO CEASA	CONTROLADO	SÓLIDO	01/12/2015	FECHADO		

Informar Peso

Peso:

10

Salvar

Página 1 de 1

Registros por página: 10

Registros visualizados: 1 - 4 de 4

A ferramenta "Imprimir" disponibiliza para impressão dos documentos de resíduos (Planilha de Controle Interno - Resíduos Químico de Controle Especial e a Solicitação de Conferência e lacração para Resíduos de Medicamentos Controlado).



Prefeitura Municipal de Campinas
Planilha de Controle Interno - Resíduos Químicos de Controle Especial

Unidade Geradora:	AMBULATORIO CEASA	Distrito:	DISTRITO NORTE
Endereço:	ROD OMA D PEDRO I KM 140,5, s/n-BARAO GERALDO	Fone:	37461030
Coordenador:	TEREZA CRISTINA AVANCINI ALMEIDA	Matricula:	123664
Responsável pelo envio:	GLAISON	Data:	31/03/2016

Resíduo N°: 20161360002				
Composição Química	Forma Farmacêutica	Lote	Quantidade	Motivo
344 - MEPERIDINA 100 MG/2ML SOL INJ AMP 2ML(DOLANTINA)	am	1512176	1	Perda - Quebra
Destino:	INCINERAÇÃO	Peso:	10	



Prefeitura Municipal de Campinas
Secretaria Municipal de Saúde - Departamento de Saúde

À VISA Regional:

Assunto: Solicitação de conferência e lacração para resíduos de Medicamentos Controlados.

Unidade: AMBULATORIO CEASA

Solicito a conferência e lacração dos medicamentos sujeitos a controle especial, relacionados em planilha anexa: 20161360002, para inutilização por empresa especializada.

Lei municipal nº 6764/91 c/c artigos 88 e 97 da Portaria SVS/MS nº 344/98 c/c artigos 93 § 4º e 132 ambos da Portaria nº 06/99 c/c Resolução RDC 306/04.

Campinas, 31 de Março de 2016.

Coordenador: TEREZA CRISTINA AVANCINI ALMEIDA - Matrícula:123654

- Obs.: O sistema emitirá a "Solicitação de Conferência e Lacração pra Resíduos de Medicamentos Controlados" (Anexo 1) em 2 vias com a respectiva planilha dos medicamentos.
- Os medicamentos controlados provenientes de devoluções não precisam ser planilhados para protocolo, mas deverão constar na planilha “Registro de Movimentação de Resíduos Químicos Consolidado” (Anexo 2 –F01253) em duas vias (1 via empresa 1 via Unidade de Saúde). Uma via deve ser assinada pelo coletor arquivada na Unidade por 24 meses.
Obs.: Planilha disponível no site:
<http://www.campinas.sp.gov.br/sa/impessos/adm/FO1253E.pdf>
 - Aguardar lacração pelo Farmacêutico da VISA para que seja efetuado e emitido para a Unidade o Termo de Conferência e Lacração; (Obs.: Apenas para medicamentos vencidos na Unidade).
 - Apenas com o Termo de Conferência e Lacração emitido pela Vigilância, poderá ser dada baixa do item no sistema de controle de estoque e enviado para incineração.

Para dar baixa no sistema GEMM:

Menu →Movimentação→Resíduo → Localizar o documento pelo número do resíduo→Clicar ícone Registro Protocolo VISA.

Movimentação->Resíduo


























Lista de solicitação de resíduos

Pesquisar por: Selezione...

Ordenar Lista: Selezione...

OK

Novo

<input type="checkbox"/>	Número do Resíduo	Unidade Geradora	Tipo	Tipo Fórmula Farmaceutica	Data Geração	Status	
<input checked="" type="checkbox"/>	20161360003	AMBULATORIO CEASA	CONTROLADO	LÍQUIDO	31/03/2016	FECHADO	    
<input type="checkbox"/>	20161360002	AMBULATORIO CEASA	CONTROLADO	LÍQUIDO	31/03/2016	FECHADO	    
<input type="checkbox"/>	20161360001	AMBULATORIO CEASA	COMUM	LÍQUIDO	31/03/2016	FECHADO	    
<input type="checkbox"/>	20151360006	AMBULATORIO CEASA	CONTROLADO	SÓLIDO	01/12/2015	FECHADO	    
<input type="checkbox"/>	20151360002	AMBULATORIO CEASA	CONTROLADO	SÓLIDO	01/12/2015	FECHADO	    

Atenção

Para realizar a baixa dos medicamentos, ter em mãos, número de protocolo e lacres gerados pela visa!

OK

Cancelar

Página 1 de 1

Registros por página: 10

Registros visualizados: 1 - 5 de 5

Registro Protocolo VISA

Protocolo VISA: 123654

Número de Lacres: 1233654,12233565,98756422

Salvar

Resíduo

É necessário informar o login e a senha do responsável.

Login: glaison

Senha:

OK

Fechar



Prefeitura Municipal de Campinas
Saída de Resíduo Controlado

Unidade Geradora:	AMBULATORIO CE ASA	Data:	31/03/2016
Protocolo Visa:	123654	Resíduo II°:	20161360003
Lacres Relacionados:	1233654,12233565,98756422		
Responsável pelo envio:	GLAISON		

Material	Lote	Quantidade	Motivo
344 - SERTRALINA 50 MG CPR	XT5015038A	1	Recolhimento

Destino: INCINERAÇÃO

- 4. Acondicionar o medicamento em saco plástico preto e posteriormente em caixa de papelão, com identificação colada na parte externa conforme “Etiqueta Identificação do Resíduo” (Anexo 3) que será emitido pelo GEMM;
- 5. Aguardar a retirada do item de acordo com o cronograma da empresa contratada;
- 6. Apresentar ao coletor a planilha “Registro de Movimentação de Resíduos Químicos Consolidado” em 2 vias (1 via empresa 1 via Unidade) para assinar o recebimento;
- 7. O Departamento de Limpeza Urbana – DLU enviará certificado de incineração;
- 8. Ao receber o certificado, conferir e sublinhar os números de lacre e protocolar “Solicitação de Termo de Inutilização” (Anexo 4 - FO1254) para a VISA, anexando cópia do Certificado correspondente.

Obs.: Solicitação disponível no site:
<http://www.campinas.sp.gov.br/sa/impressos/adm/FO1254E.pdf>

Aguardar Termo de Inutilização emitido pela VISA;

- 9. Manter arquivado na farmácia da Unidade por 24 meses, 1 (uma) via da Planilha – “Solicitação de Conferência e Lacração para Resíduos de Medicamentos Controlados”, o “Certificado de Incineração” enviado pelo Departamento de Limpeza Urbana, a planilha “Registro de Movimentação de Resíduos Químicos Consolidado” e a “Solicitação de Termo de Inutilização”.

OBS: OS documentos referente a Talidomida devem ser arquivados por 10 anos.

35.6 ANEXO

35.6.1 ANEXO 1 – PLANILHA SOLICITAÇÃO DE CONFERÊNCIA E LACRAÇÃO PARA RESÍDUOS DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS



Prefeitura Municipal de Campinas
Secretaria Municipal de Saúde - Departamento de Saúde

À VISA Regional:

Assunto: Solicitação de conferência e lacração para resíduos de Medicamentos Controlados.

Unidade: AMBULATORIO CEASA

Solicito a conferência e lacração dos medicamentos sujeitos a controle especial, relacionados em planilha anexa: 20161360002, para inutilização por empresa especializada.

Lei municipal nº 6764/91 c/c artigos 88 e 97 da Portaria SVS/MS nº 344/98 c/c artigos 93 § 4º e 132 ambos da Portaria nº 06/99 c/c Resolução RDC 306/04.

Campinas, 31 de Março de 2016.

Coordenador: TEREZA C. - Matrícula:

35.6.2 ANEXO 2 – PLANILHA REGISTRO DE MOVIMENTAÇÃO DE RESÍDUOS QUÍMICOS

F01253



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

1ª VIA



REGISTRO DE MOVIMENTAÇÃO DE RESÍDUOS QUÍMICOS CONSOLIDADO

UNIDADE GERADORA:

RESPONSÁVEL PELO ENVIO:

DATA DE ENVIO:

[illegible]

RECEBIMENTO DOS RESÍDUOS

DEPARTAMENTO / EMPRESA:

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:

DATA DO RECEBIMENTO:



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

2ª VIA



REGISTRO DE MOVIMENTAÇÃO DE RESÍDUOS QUÍMICOS CONSOLIDADO

UNIDADE GERADORA:

RESPONSÁVEL PELO ENVIO:

| DATA DE ENVIO:

[illegible]

RECEBIMENTO DOS RESÍDUOS

DEPARTAMENTO / EMPRESA:

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:

DATA DO RECEBIMENTO:

35.6.3 ANEXO 3 – ETIQUETA IDENTIFICAÇÃO DO RESÍDUO



Prefeitura Municipal de Campinas
Secretaria Municipal de Saúde - Departamento de Saúde

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO DE RESÍDUO Nº 20161360007

Distrito de Saúde: DISTRITO NORTE
Endereço: , - SP
Data: 04/04/2016

IDENTIFICAÇÃO DO RESÍDUO

Denominação/Caracterização: (RDC Nº 306/2004)	Resíduos do Grupo B - Resíduos Químicos
Denominação/Caracterização: (Portaria Estadual CVS 21/2008)	Resíduos Perigosos de Medicamentos Tipo I (RPM Tipo 1)

GERADOR

Razão Social:	Prefeitura Municipal de Campinas				
Unidade de Saúde:	AMBULATORIO CEASA				
CNPJ:	51.885.242/0001-40	Insc. Estadual:	Isento		
Endereço:	Avenida Anchieta, 200	Cidade:	Campinas	Estado:	SP
Telefone:	(19) 2116-0287	Fax:	(19) 2116-0186		

RESÍDUO PERIGOSO CUIDADO

A LEGISLAÇÃO AMBIENTAL PROÍBE O DESCARTE SEM TRATAMENTO ADEQUADO. CASO ENCONTRADO, AVISE IMEDIATAMENTE A PÓLÍCIA, A DEFESA CIVIL, O ÓRGÃO ESTADUAL DE CONTROLE AMBIENTAL OU COMUNIQUE A VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE CAMPINAS PELO FONE: (19) 2116-0233 (DAS 08:00 H AS 17:00 H) OU (19) 995296722 (DAS 17:00 H AS 08:00 H).

CUIDADO

ESTES RECIPIENTES CONTÊM RESÍDUOS PERIGOSOS E DEVEM SER MANUSEADOS COM CUIDADO

IMPORTANTE: OS LACRES NÃO DEVEM SER ROMPIDOS

Peso: 0.5 (kg)

35.6.4 ANEXO 4 - SOLICITAÇÃO DE TERMO DE INUTILIZAÇÃO

F01254



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE



À VISA Regional_____

Assunto: Solicitação de Termo de Inutilização

Unidade:_____

Solicito a lavratura de Termo de Inutilização referente ao pedido de Conferência e Lacração
protocolado sob nº_____, para os lacres:_____,
conforme Certificado(s) de Incineração anexo (s).

Campinas, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA

NOME DO COORDENADOR:

MATRÍCULA:

35.7 RISCOS/LIMITAÇÕES

Os resíduos de medicamentos da Portaria 344/98 apresentam risco à saúde e ao meio ambiente, razão pela qual as normas para descarte devem ser rigorosamente cumpridas.

O medicamento lacrado fica sob responsabilidade da Unidade de Saúde, com implicações legais quando ocorrerem desvios ou rompimento do lacre.

35.8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Resolução da Diretoria Colegiada - RDC N° 306, de 7 de Dezembro de 2004 - Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. Brasília, 2006c.

ELABORADO POR: Assistência Farmacêutica Distrito de Saúde Sudoeste Data: 30/05/2014	APROVADO POR: Grupo Técnico da Assistência Farmacêutica Data: 11/12/2015	REVISAR EM: Data: Abril/2017
---	--	---

36 DESCARTE DE RESÍDUOS CONTENDO MERCÚRIO – AMÁLGAMA

Código	Versão	Data
36	02	29/04/2016

36.1 CAMPO DE APLICAÇÃO

Serviços de Saúde do Município de Campinas.

36.2 OBJETIVO

Este procedimento tem como objetivo normatizar a gestão de resíduos de amálgama contendo mercúrio, incluindo a segregação, o registro, o acondicionamento e o encaminhamento para empresa responsável.

36.3 CONSIDERAÇÕES

Segundo a RDC 306/2004 os resíduos de amálgama podem ser encaminhados para a recuperação.

36.4 RESPONSABILIDADE

Equipe de odontologia dos Serviços de Saúde.

36.5 PROCEDIMENTO

- 1) Separar os resíduos de amálgamas a serem descartados;
- 2) Armazenar em recipiente plástico, com tampa, sob selo d’água, mantendo-o fechado;
- 3) Identificar em embalagem com etiqueta externa informando data e nome do resíduo;
- 4) Preencher a ficha de movimentação de resíduos químicos conforme modelo de ficha anexa (anexo 1);
- 5) O Material será enviado para reciclagem por empresa responsável (a contratar e definir).

36.6 RISCOS/LIMITAÇÕES

O descarte inadequado da amálgama coloca em risco tanto o meio ambiente como o trabalhador, devido ao potencial risco de contato e contaminação com o mercúrio existente neste material.

O mercúrio é facilmente absorvido pelas vias respiratórias quando está sob a forma de vapor ou em poeira em suspensão e também é absorvido pela pele. A ingestão ocasional do mercúrio metálico na forma líquida não é considerada grave, porém quando inalado sob a forma de vapores aquecidos é muito perigoso. A exposição ao mercúrio pode ocorrer ao se respirar ar contaminado, por ingestão de água e comida contaminada e durante tratamentos dentários. Em altos teores, o mercúrio pode prejudicar o cérebro, o fígado, o desenvolvimento de fetos e causar vários distúrbios neuropsiquiátricos.

36.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº 306, de 7 de Dezembro de 2004 - Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. Brasília, 2006c.

ELABORADO POR: Assistência Farmacêutica Distrito de Saúde Sudoeste	APROVADO POR: Grupo Técnico da Assistência Farmacêutica	REVISAR EM:
Data: 16/09/2014	Data: 11/12/2015	Data: Abril/2017

37 DESCARTE DE RESÍDUOS CONTENDO MERCÚRIO –
TERMÔMETRO

Código	Versão	Data
37	02	29/04/2016

37.1 CAMPO DE APLICAÇÃO

Farmácias dos Serviços de Saúde da Secretaria de Saúde do Município de Campinas.

37.2 OBJETIVO

Este procedimento tem como objetivo normatizar a gestão de resíduos de termômetros inutilizados contendo mercúrio, incluindo a segregação, o registro, acondicionamento o encaminhamento à empresa responsável pelo descarte final.

37.3 CONSIDERAÇÕES

Segundo a RDC 306/2004 os resíduos contendo Mercúrio (Hg) devem receber tratamento específico podendo ser encaminhados para recuperação. Se o termômetro estiver quebrado, deve ser acondicionado em recipientes sob selo d’água (aproximadamente 1 cm de água).

37.4 RESPONSABILIDADE

Equipe de enfermagem dos Serviços de Saúde.

37.5 PROCEDIMENTO

Os setores geradores da Unidade de Saúde devem:

- 1) Separar os termômetros a serem inutilizados e que ainda contenham a coluna de mercúrio;
- 2) Armazenar em embalagem plástica com tampa, mantendo-o fechado;
- 3) Identificar em embalagem com etiqueta externa informando data e nome do resíduo;
- 4) Segregar em local previamente reservado e identificado para o mesmo;
- 5) Preencher a Ficha de Movimentação de Resíduos Químicos (Anexo 1).
- 6) Observações:
 - a) Quando o termômetro estiver quebrado e não possuir mais resíduos de mercúrio, o vidro pode ser descartado em lixeira comum, ou até enviado como vidro ou metal para reciclagem.
 - b) Em caso de quebra de termômetro e derramamento do mercúrio em qualquer superfície, utilizar papel toalha úmido com água, para retirá-lo do local onde caiu, e armazenar tudo dentro de pote plástico com tampa.
 - c) Enviar juntamente para coleta do Grupo B (químico).

37.6 RISCOS/LIMITAÇÕES

O descarte inadequado de resíduos contendo mercúrio coloca em risco tanto o meio ambiente como o trabalhador devido ao potencial risco de contato e contaminação. O mercúrio é facilmente absorvido pelas vias respiratórias quando está sob a forma de vapor ou em poeira em suspensão e também é absorvido pela pele. A ingestão ocasional do mercúrio metálico na forma líquida não é considerada grave, porém quando inalado sob a forma de vapores aquecidos é muito perigoso. A exposição ao mercúrio pode ocorrer ao se

respirar ar contaminado, por ingestão de água e comida contaminada e durante tratamentos dentários. Em altos teores, o mercúrio pode prejudicar o cérebro, o fígado, o desenvolvimento de fetos e causar vários distúrbios neuropsiquiátricos.

37.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº 306, de 7 de Dezembro de 2004 - Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização.** Brasília, 2006c.

ELABORADO POR: Assistência Farmacêutica Distrito de Saúde Sudoeste	APROVADO POR: Grupo Técnico da Assistência Farmacêutica	REVISAR EM:
Data: 16/09/2014	Data: 11/12/2015	Data: Abril/2017

38 DESCARTE DE PILHAS E BATERIAS

Código	Versão	Data
38	02	29/04/2016

38.1 CAMPO DE APLICAÇÃO

Farmácias dos Serviços de Saúde da Secretaria de Saúde do Município de Campinas.

38.2 OBJETIVO

Este procedimento tem como objetivo normatizar a gestão de pilhas e baterias inutilizadas incluindo a segregação, o acondicionamento e o encaminhamento para coleta especial realizada pelo Departamento de Limpeza Urbana de Campinas (DLU).

38.3 CONSIDERAÇÕES

Os Centros de Saúde são considerados como postos de coleta para pilhas e baterias usadas. Esta prática aperfeiçoa e viabiliza o correto descarte destes 7.,. junto ao Departamento de Limpeza Urbana – DLU, que é o órgão responsável pelo destino final.

38.4 RESPONSABILIDADE

Trabalhadores dos Centros de Saúde.

38.5 PROCEDIMENTO

- 1) Identificar uma caixa de papelão com os dizeres “descarte de pilhas e baterias”;
- 2) Posicionar a caixa identificada em local de fácil visualização;
- 3) Quando solicitado, orientar o usuário a descartar suas pilhas e baterias diretamente dentro da caixa identificada;
- 4) Quando a caixa estiver na sua capacidade total, entrar em contato com o DLU pelo email dlu.seletiva@campinas.sp.gov.br (setor de coleta seletiva) para retirada;
- 5) Aguardar retirada através da coleta especial realizada pelo DLU;
- 6) Em caso de atrasos, dúvidas ou outros problemas: (19) 3272 4405.

38.6 RISCOS/LIMITAÇÕES

As pilhas e baterias contém resíduos químicos perigosos como metais pesados que, se não descartadas corretamente, poderão ser expostas ao sol, vento, chuva e umidade, causando a sua oxidação e rompimento do invólucro de proteção. Dessa forma, os metais pesados acabam atingindo todo o lixo ao redor, podendo atingir o lençol freático e alcançar a cadeia alimentar humana, causando sérios danos à saúde.

38.7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº 306, de 7 de Dezembro de 2004 - Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2009.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização.** Brasília, 2006c.

ELABORADO POR: Assistência Farmacêutica Distrito de Saúde Sudoeste	APROVADO POR: Grupo Técnico da Assistência Farmacêutica	REVISAR EM:
Data: 16/09/2014	Data: 11/12/2015	Data: Abril/2017

39 FRACIONAMENTO DE MEDICAMENTOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Código	Versão	Data
39	02	29/04/2016

39.1 CAMPO DE APLICAÇÃO

Farmácias dos Serviços de Saúde da Secretaria de Saúde do Município de Campinas.

39.2 OBJETIVOS

Padronizar os procedimentos para adequado fracionamento de medicamentos em serviços de saúde, com a finalidade de ajustar às necessidades terapêuticas do usuário e racionalizar o uso dos medicamentos de acordo com exigências de legislações sanitárias e órgãos fiscalizadores.

39.3 CONSIDERAÇÕES

Com o fracionamento, evita-se que o usuário mantenha sobras de medicamentos em casa, diminuindo a possibilidade de efeitos adversos e intoxicações, derivados da automedicação. Além disso, há menor impacto ambiental decorrente do descarte de medicamentos. Para efeito deste procedimento, é adotada a seguinte definição:

Fracionamento em serviços de saúde: procedimento realizado sob responsabilidade e orientação do farmacêutico, que consiste na subdivisão da embalagem primária do medicamento em frações menores, a partir da sua embalagem original, mantendo os seus dados de identificação e qualidade.

Para a realização da operação de fracionamento em serviços de saúde, devem ser seguidas, no mínimo, as seguintes legislações:

RDC nº 67, de 8 de outubro de 2007 – Dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficiais para Uso Humano em farmácias – Anexo VI – Boas Práticas para Preparação de Dose Unitária e Unitarização de Doses de Medicamento em Serviços de Saúde;

RDC nº 80, de 11 de maio de 2006 – Dispõe sobre o fracionamento de medicamentos;

Resolução nº 568, de 6 de dezembro de 2012 – Dá nova redação aos artigos 1º ao 6º da Resolução/CFE nº 492 de 26 de novembro de 2008, que regulamenta o exercício profissional nos serviços de atendimento pré-hospitalar, na farmácia hospitalar e em outros serviços de saúde, de natureza pública ou privada;

Resolução nº 596 de 21 de fevereiro de 2014 – Dispõe sobre o Código de Ética Farmacêutica, o Código de Processo Ético e estabelece as infrações e as regras de aplicação das sanções disciplinares – ANEXO I – Código de Ética Farmacêutica.

Os medicamentos submetidos ao fracionamento pertencem às classes dos antibióticos, corticóides, anti-inflamatórios, anti-histamínicos, vermífugo e anticoagulante, conforme publicado em Diário Oficial em 15/12/2014 -**Orientações sobre Fracionamento de Medicamentos Rede Municipal de Saúde – Campinas**, sendo eles:

Antimicrobianos:

- Amoxicilina 500 mg
- Amoxicilina 500 + Clavulanato de Potássio
- Azitromicina 500mg
- Cefalexina 500mg
- Claritromicina 500 mg
- Clindamicina 300 mg
- Ciprofloxacino 500 mg
- Doxiciclina 100 mg
- Eritromicina 500 mg
- Metronidazol 250 mg
- Nitrofurantoína 100 mg
- Sulfametoxazol + Trimetoprima (400 + 80)

Outros medicamentos:

- Dexclorfeniramina 2 mg
- Ibuprofeno 300mg
- Ivermectina 6mg
- Itraconazol 100mg
- Prednisona 5mg
- Prednisona 20 mg
- Loratadina 10 mg
- Varfarina 5mg
- Diclofenaco sódico 50 mg

Os medicamentos sujeitos a controle especial (Portaria nº344/98) e suas posteriores atualizações NÃO PODEM SER FRACIONADOS.

O processo de fracionamento deve ser registrado em planilhas (Anexo 1) contendo dados imprescindíveis à rastreabilidade, planilhas essas que devem estar à disposição das autoridades sanitárias, quando solicitado.

39.4 RESPONSABILIDADE

Profissionais de Farmácia (farmacêuticos e técnicos) das Unidades Básicas de Saúde do Município de Campinas.

39.5 PROCEDIMENTO

- 1) Separar os medicamentos a serem fracionados conferindo lote e validade com o descrito no sistema. Fracionar um medicamento por vez.
- 2) Confeccionar as etiquetas dos medicamentos a serem fracionados, no sistema GEMM;
- 3) Conferir os medicamentos a serem fracionados com a identificação impressa.
Atenção: se a identificação estiver incorreta, descartar e providenciar outra. NÃO RASURAR.
- 4) Fracionar (cortar) com o auxílio de tesoura os blísteres na quantidade desejada, cuidadosamente, para não danificá-los e embalar em sacos plásticos próprios.

- 5) Identificar os sacos plásticos um a um.
Obs.: O sistema GEEM, gera automaticamente o Livro de Fracionamento.

39.6 RISCOS/LIMITAÇÕES

O procedimento de fracionamento de medicamentos deve ser realizado com máxima atenção e rigor, a fim de se assegurar a segurança (prevenção de trocas e/ou misturas de medicamentos) e rastreabilidade de todo o processo.

39.7 REFERÊNCIAS

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº67, de 8 de outubro de 2007. Dispõe sobre boas práticas de manipulação de preparações magistrais e oficinais para uso humano em farmácias. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 9 de out. 2007. Disponível em: <http://www.crfma.org.br/site/arquivos/legislacao/resolucoeseinstrucoesnormativasdaanvisa/RDC%2067%202007.pdf> Acesso em: 01 dez. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução nº 568, de 6 de dezembro de 2012. Dá nova redação aos artigos 1º ao 6º da Resolução/CFF nº492 de 26 de novembro de 2008, que regulamenta o exercício profissional nos serviços de atendimento pré-hospitalar, na farmácia hospitalar e em outros serviços de saúde, de natureza pública ou privada. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 7 de dez. 2012. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/568.pdf> Acesso em: 01 dez. 2014.

_____. Resolução nº596 de 21 de fevereiro de 2014-Dispõe sobre o Código de Ética Farmacêutica, o Código de Processo Ético e estabelece as infrações e as regras de aplicação das sanções disciplinares. **Diário Oficial[da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 de mar. 2014. Disponível em:<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/596.pdf>Acesso em: 01 dez. 2014.

MARINHO, Cristina. Fracionamento em Farmácias e Drogarias: Situação Atual. In: **5º Congresso RIOPHARMA de Ciências Farmacêuticas**. Rio de Janeiro, 21 de set. de 2007. Disponível em: www.metodoeventosrio.com/.../13%2030%20Cristina%20Marinho%20-.. Acesso em: 01 dez. 2014.

ELABORADO POR: Márcia Beatriz S.A. Ferreira – Farmacêutica CS Santa Lúcia	APROVADO POR: Grupo Técnico da Assistência Farmacêutica	REVISAR EM:
Data: 01/12/2014	Data: 11/12/2015	Data: Abril/2017



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Saúde

Orientações sobre Fracionamento de Medicamentos Rede Municipal de Saúde - Campinas

Considerando o Decreto Federal 5.775 de 10 de maio de 2005, que dispõe sobre fracionamento de medicamentos;

Considerando a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC 80 de 11 de Maio de 2006, que dispõe sobre o fracionamento dos medicamentos;

Considerando a Portaria Federal 344 de 12 de Maio de 1998, art 79, que veda o fracionamento da embalagem original de medicamentos a base de substâncias constante na lista do regulamento;

Considerando a Resolução - RDC 20 de 05 de maio de 2011, que dispõe sobre o controle de medicamentos a base de substâncias classificadas como antimicrobianos;

Considerando a saúde pública, o risco da perda desses medicamentos fracionados após a dispensação e o uso racional;

Considerando a necessidade de padronizar condutas que hoje são pautadas nas experiências dos farmacêuticos que atuam nas Unidades de Saúde e que muitas vezes baseadas no bom senso podem apresentar-se divergentes;

Considerando a otimização de estoque e a rastreabilidade dos medicamentos dispensados;

O grupo técnico de Assistência Farmacêutica, após pesquisas nas legislações pertinentes **DEFiniu:**

Itens que devem ser fracionados e dispensados em quantidade que atendam as necessidades terapêuticas do usuário:

- Antimicrobianos:
 - Amoxicilina 500 mg
 - Amoxicilina 500 + Clavulanato de Potássio
 - Azitromicina 500mg
 - Cefalexina 500mg
 - Claritromicina 500 mg
 - Clindamicina 300 mg
 - Ciprofloxacino 500 mg
 - Doxiciclina 100 mg
 - Eritromicina 500 mg
 - Metronidazol 250 mg
 - Nitrofurantoína 100 mg
 - Sulfametoxazol + Trimetoprima (400 + 80)

- Outros medicamentos:
 - Dexclorfeniramina 2 mg
 - Ibuprofeno 300mg
 - Ivermectina 6mg
 - Itraconazol 100mg
 - Prednisona 5mg
 - Prednisona 20 mg
 - Loratadina 10 mg
 - Varfarina 5mg
- Diclofenaco sódico 50 mg – fracionar 10 comp;

Não deverá ser realizado o fracionamento da embalagem original de medicamentos pertencente à Portaria 344/98. Para blisters que não contenham múltiplos de 30, entregar a quantidade para até 30 dias de tratamento, exceto Ácido Valpróico, pois este é embalado em múltiplos de 50 unidades, neste caso dispensar a quantidade mais próxima da prescrição, para que não haja prejuízo ao paciente e anotar na prescrição a quantidade dispensada. Se necessário consulte o Procedimento Operacional Padrão específico.

Considerando a posologia de 1 comprimidos por dia para medicamentos de uso contínuo, contendo 20 comprimidos em cada blister, deverão ser entregues no 1º mês 40 comprimidos e no 2º mês 20 comprimidos, assim sucessivamente até término do tratamento. Cabe lembrar que o usuário deverá ser orientado a retornar a unidade dentro de 30 dias independente de levar 20 ou 40 comprimidos.

Para blisters contendo 14 comprimidos e considerando a posologia de 1 comprimido por dia, deverão ser entregues 28 comprimidos por mês e o paciente deverá retornar com 2 dias de antecedência no próximo mês, exceto para o omeprazol que poderá ser entregue 42 comprimidos (3 cartelas) no primeiro mês e 28 nos demais meses.

Para realização do fracionamento seguir o Procedimento Operacional específico – POP nº 40.

Campinas, 12 de dezembro de 2014

Salete Castelli Girardi

Farmacêutica Departamento de Saúde - SMS

Mônica Regina P. T. M. Nunes

Diretora Departamento de Saúde - SMS

Publicação: Diário Oficial nº 11015 em 15 de dezembro de 2014, pág 27

40. TRATAMENTO PARA O ALÍVIO DOS SINTOMAS DE LÚPUS

Código	Versão	Data
40	02	29/04/2016

40.1 CAMPO DE APLICAÇÃO

Farmácias dos Serviços de Saúde do Município de Campinas.

40.2 OBJETIVOS

Garantir aos usuários o acesso aos itens disponibilizados no SUS para o alívio da sintomatologia proveniente do lúpus.

40.3 CONSIDERAÇÕES

O Lúpus, também conhecido como lúpus eritematoso, é uma doença autoimune que faz com que o sistema imune do paciente ataque as próprias células e órgãos, provocando inflamação nos locais afetados, como articulações, pele, rins, cérebro, coração ou pulmões.

O lúpus é um doença autoimune que, normalmente, é causada por mutações genéticas que ocorrem durante o desenvolvimento do feto no útero e, por isso, é muito comum o surgimento de sintomas durante a infância.

No entanto, é possível nascer sem a doença e desenvolver os sintomas apenas durante a idade adulta, devido a fatores que podem provocar a doença como exposição ao sol, infecções ou uso de medicamentos, como antibióticos ou remédios para pressão alta.

No Sistema Único de Saúde no município de Campinas são disponibilizados, para alívio dos sintomas do lúpus e proteção, o colírio de hipromelose e protetor solar fator 30, mediante solicitação ao almoxarifado o qual é abastecido pela DRS VII.

40.4 RESPONSABILIDADE

Profissionais de Farmácia (farmacêuticos e técnicos) e profissionais da equipe de referências dos Serviços de Saúde.

40.5 PROCEDIMENTO

1. Ao receber a prescrição dos itens citados acima, o profissional da farmácia deverá se certificar que se trata de um caso de lúpus.
2. Solicitar os itens ao almoxarifado da Saúde pelo e-mail eventualsms@gmail, A/C de Alex, informando:
 - a) Patologia a ser tratada;
 - b) Nome completo do paciente;
 - c) Itens solicitados:

Colírio de hipromelose

Protetor solar fator 30

- 3. Ao receber os itens solicitados na Unidade, dar entrada no sistema informatizado GEMM.
- 4. Realizar a dispensação nominal utilizando o sistema informatizado.
- 5. Orientar o usuário quanto a utilização correta
- 6. Realizar uma programação para os pedidos subsequentes de modo a não desassistir o usuário.

40.6 RISCOS/LIMITAÇÕES

Não se aplica

40.7 RISCOS/LIMITAÇÕES

A falta de programação adequada para o reabastecimento destes itens pode acarretar desassistência ao usuário.

40.8 REFERÊNCIAS

Frazão, Arthuer. O que é e como tratar o lúpus. Disponível em: <http://www.tuasaude.com/lupus/acesso>. Acesso em: 04 nov. 2015.

ELABORADO POR: Assistência Farmacêutica do Distrito Sudoeste Data: 04/11/2015	APROVADO POR: Grupo Técnico da Assistência Farmacêutica Data: 16/11/2015	REVISAR EM: Data: Abril/2017
--	---	---

41 MEDICAMENTOS E MATERIAIS PRÓXIMOS AO
VENCIMENTO

Código	Versão	Data
41	02	29/04/2016

41.1 CAMPO DE APLICAÇÃO

Farmácias dos Serviços de Saúde do Município de Campinas.

41.2 OBJETIVOS

Identificar, armazenar e dispensar os medicamentos e materiais próximos ao vencimento assegurando que os mesmos, uma vez dispensados, estejam dentro da validade durante todo o tratamento proposto e/ou sejam utilizados somente até o vencimento .

41.3 CONSIDERAÇÕES

Para a segurança do tratamento proposto a atenção aos prazos de validade são de extrema relevância. Desta forma as Farmácias dos Serviços de Saúde devem ter rotinas e procedimentos de modo a identificarem os itens próximos ao vencimento e os dispensarem com segurança.

41.4 RESPONSABILIDADE

Profissionais de Farmácia (farmacêuticos e técnicos) dos Serviços de Saúde.

41.5 PROCEDIMENTO

1. Gerar mensalmente o relatório de medicamentos vencidos e a vencer dos próximos 3 meses, utilizando o sistema de informação;

Menu

Cadastro

Receita

Movimentação

Integração SIG2M

Consulta/Relatório

Estoque

Livro de medicamentos controlados

Recibo da Receita

Materiais Vencidos ou à Vencer

Medicamentos

Movimentos

Pacientes

Talidomida

Consulta Usuário

Interação Medicamentosa

Consulta/Relatório->Materiais Vencidos ou à Vencer

Data Inicio:

01/03/2016

Data Fim:

01/06/2016

Unidade:

Selecione...

Limpar

Material:

Selecione...

Pesquisar

Limpar

Fabricante:

Limpar

Ordenar por:

Código do Material

Limpar

Exportar CSV

Visualizar PDF

1. Remanejar os itens que sabidamente não serão totalmente consumidos até a data do término da validade;
2. Identificar os BINS com os materiais/medicamentos com vencimento próximo.

Obs. Sugestões para a Identificação: usar etiqueta com “bolinha” vermelha indicando vencimento no mês vigente e amarela indicando proximidade ao vencimento; o então, utilizar filipetas indicando a data de vencimento.

- 3. Calcular as quantidades dispensadas e orientar o paciente para que não ocorra o uso após o vencimento.
- 4. Descartar os medicamentos vencidos seguindo POP's nº 34 e 35 (Resíduos de Medicamentos Comuns e Resíduos de medicamentos Controlados).

Obs. Os medicamentos só podem ser retirados do sistema após o vencimento.

41.6 RISCOS/LIMITAÇÕES

Não se aplica

41.7 RISCOS/LIMITAÇÕES

Utilização de medicamentos vencidos colocam em risco a saúde do usuário.

ELABORADO POR: Maria do Carmo F. B. Ferreira – CRF:21712	APROVADO POR: Grupo Técnico da Assistência Farmacêutica	REVISAR EM:
Data: 03/10/2015	Data: 16/11/2015	Data: Abril/2017