


| | | |
|---|--|-------------------------|
|  | ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL | DC 01 |
| | MUNICÍPIO DE ARROIO DO MEIO | REVISÃO: 01 |
| | SECRETARIA DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL | DATA: 29/04/2022 |
| | PROTOCOLO PARA PRESCRIÇÃO E DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA FARMÁCIA MUNICIPAL | |

1. OBJETIVOS:


- Estabelecer requisitos para prescrição e dispensação de medicamentos no âmbito das unidades integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) sob gestão municipal do município de Arroio do Meio/RS.
- Estabelecer que a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) deve ser norteadora das prescrições de medicamentos na rede de serviço municipal do SUS.
- Os casos não incluídos nesse protocolo serão avaliados quanto à competência do atendimento.

2. DA PRESCRIÇÃO:

- Somente poderão ser dispensados os medicamentos que constam na REMUME do município de Arroio do Meio, devendo as receitas serem prescritas por profissional de saúde devidamente habilitado, escrita de forma legível, a tinta ou impressa, e apresentar as seguintes informações obrigatórias:
 - a) Identificação da unidade de atendimento;
 - b) Identificação do usuário: nome completo do paciente;
 - c) Nome genérico do medicamento: as receitas médicas e odontológicas com medicamentos a serem entregues ou dispensados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), deverão adotar a Denominação Comum Brasileira – DCB (nome genérico da substância ativa), ou a Denominação Comum Internacional – DCI. Não serão aceitas receitas com nome comerciais de medicamentos.
 - d) Concentração, forma farmacêutica, via de administração, quantidade a ser dispensada e/ ou duração do tratamento e posologia dos medicamentos;
 - e) Data da emissão;
 - f) Identificação do prescritor: Nome e número de registro no Conselho Regional (CRM, CRO ou COREN) e assinatura. Na ausência de carimbo, o prescritor deverá apor seu nome completo em letra legível, assinatura e número de registro no respectivo conselho.
- A receita médica é um documento pessoal e intransferível, jamais podendo ser alterada ou conter emendas e/ou rasuras.

3. DA DISPENSAÇÃO:

- É obrigatória apresentação da receita original para a retirada de medicamentos ou prescrição digital.
- A dispensação de medicamentos será realizada somente aos residentes do município de Arroio do Meio, mediante apresentação do Cartão Nacional de Saúde (CNS) e/ou documento de identificação oficial com foto (RG, CNH,

| | | |
|---|--|-------------------------|
|  | ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL | DC 01 |
| | MUNICÍPIO DE ARROIO DO MEIO | REVISÃO: 01 |
| | SECRETARIA DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL | DATA: 29/04/2022 |
| | PROTOCOLO PARA PRESCRIÇÃO E DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA FARMÁCIA MUNICIPAL | |

Carteira profissional ou carteira de trabalho).

- Para a dispensação de medicamentos psicotrópicos e antibióticos, além da receita médica válida, será exigido documento de identificação oficial com foto e/ou CNS. Se retirado por terceiro, o mesmo deve apresentar documento de identificação oficial com foto.
- Os anticoncepcionais poderão ser entregues para pessoas com idade mínima de 12 anos. Medicamentos, incluindo antibióticos, poderão ser dispensados para pessoas com idade mínima de 14 anos. Os medicamentos controlados somente poderão ser retirados por pessoas com idade mínima de 18 anos.

4. DA PRESCRIÇÃO E DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE USO EM PATOLOGIAS CRÔNICAS


- As prescrições de medicamentos de uso crônico, prescritas como “**USO CONTÍNUO**”, para efeito de dispensação, terão validade de 6 meses.
- O primeiro mês de validade da receita será contado a partir do mês de emissão.
- O medicamento será fornecido para no máximo, 60 dias de tratamento, durante o período de validade da receita, ficando a critério do farmacêutico a avaliação de casos excepcionais.
- Caso o prescritor não tenha registrado na receita a duração do tratamento ou a informação de “**USO CONTÍNUO**”, o atendimento será feito apenas na quantidade total prescrita para período de 30 dias e obedecendo-se a posologia.

5. DA PRESCRIÇÃO E DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE USO EM PATOLOGIAS AGUDAS

- As prescrições de medicamentos usados em patologias agudas terão validade de 15 (quinze) dias, a partir da data de emissão e serão atendidas na totalidade do tratamento.

6. DA PRESCRIÇÃO E DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS ANTIMICROBIANOS DE ACORDO COM RDC Nº 471/2021

- As receitas de antimicrobianos têm validade por 10 (dez) dias, contados a partir da data de sua emissão.
- O fornecimento dos antimicrobianos deve ser feito na íntegra, para até 90 dias de tratamento, em caso de tratamento prolongado.
- Receitas de antimicrobianos devem ser prescritas de forma legível, sem emendas e/ou rasuras, em 2 (duas) vias e contendo dados obrigatórios: identificação do paciente (nome completo); nome do medicamento ou da


| | | |
|---|--|-------------------------|
|  | ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL | DC 01 |
| | MUNICÍPIO DE ARROIO DO MEIO | REVISÃO: 01 |
| | SECRETARIA DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL | DATA: 29/04/2022 |
| | PROTOCOLO PARA PRESCRIÇÃO E DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA FARMÁCIA MUNICIPAL | |

substância prescrita sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB) – nome genérico; dose ou concentração, forma farmacêutica, posologia e quantidade (comprimido, cápsula, ou mL) ou dias de tratamento; identificação do emitente (nome do profissional com sua inscrição no Conselho Regional ou nome da instituição, endereço completo, telefone, assinatura e marcação gráfica ou carimbo), assinatura e data da emissão.

- A receita poderá conter a prescrição de outras categorias de medicamentos desde que **não sejam** sujeitos a controle especial.
- A RDC nº471/2021 e suas atualizações são mandatárias no controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos.

7. DA PRESCRIÇÃO E DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS SOB CONTROLE ESPECIAL SEGUNDO PORTARIA SVS/MS Nº 344 DE 12/05/98

- Para a dispensação de medicamentos da Lista B1 é exigido Notificação de Receita (azul).
- Para a dispensação de medicamentos da Lista C1, é necessário Receita de Controle Especial, que deverá ser preenchido em 2 (duas) vias. A 1ª via ou 1 (uma) via - na ausência da informação de 1ª ou 2ª via - deverá ser mantida na Farmácia.
- A Notificação de receita B1 (azul) e receita de Controle Especial devem ser escritas de forma legível, sem emendas ou rasuras e contendo dados obrigatórios: identificação do paciente (nome completo); nome do medicamento ou da substância prescrita sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB) – nome genérico; dose ou concentração, forma farmacêutica, posologia e quantidade; identificação do emitente (nome do profissional com sua inscrição no Conselho Regional ou nome da instituição, endereço completo, telefone, assinatura e marcação gráfica ou carimbo), assinatura e data da emissão.
- As receitas de medicamentos das Listas B1 e C1 têm validade por 30 dias, a partir da data de sua emissão.
- A Notificação de Receita (B1) pode conter somente um medicamento prescrito. Medicamentos da Lista C1 podem conter até três medicamentos por receita.
- Medicamentos da Lista B1 podem ser prescritos em quantidade máxima de cinco ampolas e para as demais formas farmacêuticas, o suficiente para 60 dias de tratamento, conforme posologia registrada na notificação.
- Medicamentos da Lista C1 podem ser prescritos em quantidade máxima de cinco ampolas e para as demais formas farmacêuticas o suficiente para

| | | |
|---|--|-------------------------|
|  | ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL | DC 01 |
| | MUNICÍPIO DE ARROIO DO MEIO | REVISÃO: 01 |
| | SECRETARIA DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL | DATA: 29/04/2022 |
| | PROTOCOLO PARA PRESCRIÇÃO E DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA FARMÁCIA MUNICIPAL | |

60 dias de tratamento, conforme posologia registrada na receita.

- A Portaria SVS/MS nº 344 de 12/05/1998 e suas atualizações são mandatárias no controle de medicamentos constantes em suas listas.

8. DA PRESCRIÇÃO E DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS ANTICONCEPCIONAIS

- As prescrições de medicamentos de anticoncepcionais, prescritas como **“USO CONTÍNUO”**, para efeito de dispensação, terão validade de 12 meses ou tempo inferior determinado pelo prescritor, informação esta que deverá estar registrada manuscrita na receita.
- Serão aceitas, apenas para este grupo de medicamento, a prescrição pelo *“nome comercial”*, desde que seguido da informação ***“ou similar”***.
- A validade da receita passa a contar a partir do seu mês de emissão.
- Os medicamentos em comprimidos serão entregues para 1 (um) ou 2 (dois) meses de tratamento, conforme quantidade disponível em estoque. Os anticoncepcionais injetáveis serão dispensados para cada 30 dias (noretisterona+estradiol 50/5 mg/mL) e 90 dias (medroxiprogesterona 150 mg/mL).

9. DA PRESCRIÇÃO E DISPENSAÇÃO DE ESCABICIDA


- O medicamento Permetrina 1% pode ser dispensado na quantidade de um frasco por paciente quando solicitado, sem a exigência de receita. Neste caso, é obrigatório a apresentação do CNS ou documento do paciente.
- Caso o tratamento não seja efetivo, um novo frasco poderá ser dispensado após 7 dias.

10. DA PRESCRIÇÃO E DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS INALATÓRIOS OU DE USO NASAL

- Os medicamentos de uso inalatório ou nasal serão fornecidos em periodicidade de acordo com o número de doses do frasco e a posologia prescrita.

11 DA PRESCRIÇÃO E DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS ANALGÉSICOS, ANTIPIRÉTICOS E ANTI-INFLAMATÓRIOS

- As prescrições de analgésicos, antipiréticos e anti-inflamatórios, quando não houver informação da quantidade a ser dispensada ou quando identificado **“se necessário”**, **“se dor”**, **“se febre”**, será dispensado no máximo 2 (dois) frascos ou 20 (vinte) comprimidos por prescrição. O mesmo serve para prescrições em que a quantidade a ser dispensada

| | | |
|---|--|-------------------------|
|  | ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL | DC 01 |
| | MUNICÍPIO DE ARROIO DO MEIO | REVISÃO: 01 |
| | SECRETARIA DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL | DATA: 29/04/2022 |
| | PROTOCOLO PARA PRESCRIÇÃO E DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA FARMÁCIA MUNICIPAL | |

aparece como 1 (uma) caixa.

- As prescrições de analgésicos, antipiréticos e anti-inflamatórios terão validade de 15 dias a partir da data de emissão.

12 DA PRESCRIÇÃO E DISPENSAÇÃO DE INSULINAS E INSUMOS DO DIABETES

- Tiras para HGT, insulinas e seringas serão dispensadas para 30 dias de tratamento, sendo que, para o paciente retirar insulinas, deve trazer consigo caixa ou bolsa térmica para o transporte do mesmo.
- Glicosímetros e fitas para HGT são fornecidos somente para pacientes insulino-dependentes e gestantes com diabetes gestacional, mediante apresentação de cópia de RG, CPF, Cartão SUS e comprovante de residência, além de laudo médico atestando o paciente ser insulino-dependente e a quantidade de fitas de HGT necessárias por mês. O glicosímetro é fornecido em regime de comodato, devendo o usuário devolvê-lo quando não for mais utilizar.

13 REVISÕES:

| Revisão | Elaborado por | Alterações | Data |
|----------------|----------------------|-------------------------------|-------------|
| 00 | Camila Pilz | Emissão | 20/05/2019 |
| 01 | Luísa Kraemer Kölzer | Revisão geral do procedimento | 29/04/2022 |