**INSTRUÇÃO NORMATIVA C.I. N.º 08/2018**

Estabelece o fluxo de serviços e regras da Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde.

A Controladoria Interna do Município de Apiúna, de acordo com a lei Complementar Municipal n° 70/2003, e no uso das atribuições que lhe conferem a Lei Complementar Municipal nº 117, de 15 de dezembro de 2011, e,

Considerando o resultado do Processo de Verificação N°02/2016 da Controladoria Interna do Município de Apiúna;

Considerando a necessidade de disciplinar e normatizar o fluxo de serviços e regras para a assistência farmacêutica do Município de Apiúna;

Considerando que cabe ao gestor a responsabilidade sobre as farmácias das Unidades de Saúde do Município;

Considerando a necessidade de fortalecer o controle interno, no âmbito do Município;

Considerando os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, previstos expressamente no artigo 37, caput, da Constituição Federal.

**RESOLVE:**

**CAPÍTULO I**

**DA RESPONSABILIDADE SOBRE A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, A FARMÁCIA E A RESPONSABILIDADE TÉCNICA**

Art. 1°. O farmacêutico deve observar normas e legislação pertinentes (ANVISA) e responder quanto a Responsabilidade Técnica legal (RT), perante a Vigilância Sanitária e o Conselho Regional de Farmácia de Santa Catarina, das farmácias das Unidades de Saúde.

Parágrafo único. Cabe ao farmacêutico zelar pelo Acesso e Uso Racional de Medicamentos, analisando e contribuindo com as práticas farmacoterapêuticas junto às equipes locais de saúde.

Art. 2º Os medicamentos sujeitos ao controle especial devem ter a verificação de estoque e a guarda da chave dos armários sob responsabilidade exclusiva do farmacêutico local durante seu horário de responsabilidade técnica.

Art. 3º. O responsável pela promoção e avaliação da Política Municipal de Assistência Farmacêutica nas Unidades Básicas de Saúde – UBS é o farmacêutico local, e na sua ausência o farmacêutico da Unidade do Centro, sendo as equipes de saúde corresponsáveis pela condução e execução da mesma no âmbito de sua área de abrangência.

Art. 4º. Nas UBS que não dispõem de profissional farmacêutico, cabe ao coordenador designar um funcionário local para ser o responsável pelas ações administrativas (recebimento, armazenamento e controle de estoque dos medicamentos) e pelo atendimento (fornecimento, registro e orientações ao usuário).

Parágrafo único. O responsável local desenvolverá suas atividades segundo orientações desta normativa, buscando apoio técnico do farmacêutico.

Art. 5°. O cadastro/lotação e o movimento (férias, licenças) dos profissionais farmacêuticos na rede municipal de saúde serão definidos pelo setor de Recursos Humanos, que deverá ser comunicado com antecedência e, sempre que possível, por escrito.

Art. 6º. À UBS do Centro cabe a programação, juntamente com a Comissão Permanente de Farmácia e Terapêutica – CFT da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), a solicitação, recebimento, armazenamento central e a distribuição de medicamentos para a Rede Municipal de Saúde.

§ 1º. A CFT deverá informar sistematicamente a UBS do Centro sobre o desenvolvimento da autorização de compra de medicamentos.

§ 2º. A UBS do Centro deverá encaminhar para a CFT as informações e problemas pertinentes ao abastecimento de medicamentos na rede.

§ 3º. A responsabilidade dos farmacêuticos lotados na UBS do Centro é inerente às funções do Armazenamento Central de Abastecimento Farmacêutico exclusivamente, sendo este também responsável pela dispensação externa à população e as demais UBS do município.

. **CAPÍTULO II**

**DA SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS**

Art. 7°. A instância responsável pela seleção de medicamentos para a rede municipal de saúde é a Comissão Permanente de Farmácia e Terapêutica – CFT, que possui caráter consultivo e de assessoria à Secretaria Municipal de Saúde.

§ 1º. As decisões da CFT relativas às alterações no elenco municipal de medicamentos deverão ser submetidas à aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

§ 2º. Os profissionais de saúde poderão solicitar a inclusão, exclusão e substituição de fármacos da REMUME através de “Formulário de Solicitação de Inclusão e Exclusão de Medicamento” conforme Anexo I, e encaminhamento ao Coordenador da CFT.

**CAPÍTULO III**

**DA PRESCRIÇÃO**

Art. 8°. As prescrições de medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) adotarão a Denominação Comum Brasileira – DCB (ou seja, o nome genérico da substância ativa), instituída pela Portaria nº. 1.179, de 17 de junho de 1996 da ANVISA – ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional (DCI), conforme determina o art. 3º da Lei Federal n° 9.787/1999.

Parágrafo único. A prescrição de medicamentos deverá seguir a dosagem, apresentação e medida existente na Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) e/ou listas complementares da Secretaria Municipal de Saúde de Apiúna.

Art. 9°. A receita médica ou odontológica deverá ser emitida em português compreensível e por extenso, em letra legível, em consonância com o art. 35, da Lei nº. 5.991/73, devendo conter:

I - Nome do paciente;

II - Nome genérico do medicamento (DCB) e concentração – ANVISA, P. 1.179/96.

III – Quantidade a ser dispensada para o tratamento completo ou para no máximo um mês, quando de uso contínuo;

IV – Posologia e duração do tratamento;

V – Identificação legível do profissional prescritor e seu número de registro no Conselho Profissional de Santa Catarina;

VI - Data de emissão e assinatura do prescritor.

§ 1º. Sempre que for necessário prescrever vários medicamentos para um único usuário (poli terapia), recomenda-se a utilização de mais de um receituário para evitar erros de medicação.

§ 2º. De acordo com a Lei nº 5.081/1966, compete ao cirurgião dentista a prescrição e aplicação de especialidades farmacêuticas de uso interno e externo, indicadas em odontologia. Logo, a prescrição de medicamentos por estes profissionais não deve ultrapassar sua competência clínica.

Art. 10. A prescrição de enfermagem deverá seguir as mesmas recomendações dos Art. 8 e 9 e, conforme Art. 1º da Portaria nº. 1.625/07 do Ministério da Saúde, somente poderá ser realizada quando o medicamento estiver previamente definido em protocolo clínico oficializado pela Secretaria Municipal de Saúde de Apiúna ou, na sua falta, pelos protocolos da Secretaria de Saúde de Santa Catarina e/ou Ministério da Saúde que tiverem a adesão oficial do município.

Art. 11. De acordo com a Resolução nº 138/2003 da ANVISA, que define o elenco de medicamentos isentos de prescrição médica, fica estabelecido o atendimento farmacêutico e a indicação de medicamentos isentos de prescrição pelos farmacêuticos.

§ 1º. O atendimento farmacêutico se dará mediante acolhimento prévio realizado pela Equipe de Saúde.

§ 2º. Tanto o atendimento quanto a indicação devem ser registrados em sistema informatizado, bem como deve ser emitida a orientação prestada ao paciente.

Art. 12. De acordo com a Lei nº 8.234/1991, fica atribuída aos nutricionistas a prescrição de suplementos nutricionais, necessários à complementação da dieta.

**Seção I**

**DOS MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO**

Art. 13. Podem ser prescritos como medicamentos de uso contínuo:

I – anti-hipertensivos;

II – diuréticos;

III – cardiovasculares;

IV – hipoglicemiantes;

V – hormonioterápicos e anticoncepcionais hormonais;

VI – outras classes farmacológicas, somente quando para uso crônico e quando não sujeitos a controle especial.

§ 1°. A prescrição de fitas reagentes para glicemia capilar e do aparelho glicosímetro deverá seguir os critérios da Portaria nº 2.583 de 10 de outubro de 2007, que regula a Lei Federal nº 11.347, somente para o auto monitoramento domiciliar dos portadores de Diabetes Mellitus insulinodependentes, sendo indispensável apresentação da receita médica vigente que comprove o uso e que tenham residência em Apiúna, o Cartão Saúde de Apiúna e o “Termo de Concessão, Compromisso e Responsabilidade para uso do Aparelho Glicosímetro” assinado pelo paciente conforme Anexo II, sujeitos a comprovação.

§ 2°. Casos omissos desta instrução normativa poderão ser analisados pela Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT.

Art. 14. Cabe ao prescritor definir se o tratamento é contínuo, devendo, obrigatoriamente, registrar o termo uso contínuo ao lado do nome do medicamento em questão.

§ 1º. As prescrições de medicamentos de uso contínuo terão validade de no máximo 6 (seis) meses de tratamento, desde que o prescritor escreva na receita o prazo de validade em meses, respeitando a normativa e a legislação vigente. As prescrições de hormonioterápicos e anticoncepcionais hormonais terão validade de no máximo 12 meses, conforme avaliação médica.

§ 2º. As prescrições que não tiverem o prazo de validade especificado por escrito na receita terão validade máxima de 30 dias.

§ 3º. A validade da receita será contada a partir da data da prescrição.

§ 4º. Próximo ao período de vencimento da validade da receita, o usuário deverá ter nova consulta marcada para reavaliação clínica e nova prescrição. Comprovando não ter conseguido a consulta no período que compreende o vencimento da receita e a nova reavaliação, a receita passará a ter validade até o dia da nova consulta.

**Seção II**

**DOS MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL**

Art. 15. As prescrições de medicamentos sujeitos ao controle especial seguem as normas da Portaria nº. 344/98 e 06/99, da ANVISA.

**CAPÍTULO IV**

**DO ACESSO E DA DISPENSAÇÃO**

Art. 16. Atendendo às diretrizes organizativas dos serviços de saúde (regionalização/ hierarquização), a dispensação de medicamentos da REMUME ou outra lista especial de medicamentos do município fica limitada aos portadores do Cartão Saúde de Apiúna ou outro que vier a substituir, residentes no município de Apiúna e sujeito à comprovação.

§ 1º. Todo o medicamento somente será dispensado mediante apresentação de receita original, proveniente da rede pública ou não, desde que obedeçam aos requisitos dos art. 8° e 9°.

§ 2º. Fica vetada a dispensação direta a menores de 14 anos, com exceção dos anticoncepcionais hormonais. No caso de medicamentos sujeitos ao controle especial, a idade mínima para a dispensação é de 18 anos.

Art. 17. É obrigatório no ato da dispensação do medicamento:

I – Carimbar na segunda via da receita ENTREGUE, datar, anotar a quantidade de medicamento fornecida e assinar.

II – Nos casos de falta, carimbar EM FALTA, datar, assinar e orientar o paciente para a retirada do medicamento;

III – Realizar o registro da dispensa em sistema informatizado;

IV – Se os medicamentos não estiverem contemplados na REMUME ou outra lista de medicamentos do SUS, carimbar no verso da receita NÃO PADRONIZADO, datar e assinar;

V - Devolver a receita carimbada com as devidas anotações ao paciente.

Art. 18. O ajuste de doses ou substituição de forma farmacêutica, quando possível, só poderá ser feito pelo profissional farmacêutico, o qual deverá realizar orientações por escrito e apor seu carimbo, datar e assinar no verso da receita.

Art. 19. O fracionamento de medicamentos só é permitido para medicamentos em cartelas fracionáveis onde o lote, a validade e nome do medicamento apresentam-se de forma individualizada em todos os comprimidos/drágeas/cápsulas.

**Seção I**

**DOS MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO**

Art. 20. Para os tratamentos de uso contínuo será dispensada quantidade máxima para 60 (sessenta) dias de tratamento, conforme posologia, exceto insulinas e componente especializado.

Art. 21. No mês seguinte, o usuário deverá retornar com a receita carimbada para retirar nova quantidade, observando-se:

I - O carimbo com a data e a quantidade fornecida na última dispensação, verificando se já está em tempo de realizar nova dispensação;

II - Em cada nova retirada, o responsável pela dispensação deverá carimbar no verso da receita FORNECIDO, datar, anotar a quantidade de medicamento fornecida e assinar. Nos casos de falta, carimbar EM FALTA, datar, assinar e orientar o paciente a possível data para retirar o medicamento;

III - A receita vencida deve ser carimbada com os dizeres RECEITA VENCIDA, datada e devolvida ao paciente.

Art. 22. As fitas reagentes para glicemia capilar e as lancetas serão dispensadas de acordo com os mesmos critérios estabelecidos no parágrafo único do Art. 13.

§ 1º. O fornecimento será mensal, considerando a quantidade de fitas necessárias para um mês de monitoramento.

§ 2º. O procedimento de registro das dispensações se dará conforme Art. 17.

Art. 23. O fornecimento de seringas com agulhas é de responsabilidade dos enfermeiros e técnicos de enfermagem sendo que seu acesso deve ser facilitado para pacientes insulinodependentes.

Art. 24. O fornecimento de preservativos masculinos e femininos não necessita de prescrição e seu acesso deve ser facilitado com a disponibilização direta nos balcões de recepção das unidades de saúde.

**Seção II**

**DOS MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL**

Art. 25. A dispensação de medicamentos sujeitos ao controle especial somente poderá ser feita sob responsabilidade do profissional farmacêutico responsável técnico, inscrito na vigilância sanitária e no CRF/SC, conforme as normas da Portaria nº. 344/98 e 06/99, da ANVISA.

§ 1º. Os medicamentos sujeitos ao controle especial serão dispensados na farmácia da Unidade Básica de Saúde do Centro e na Unidade Básica de Saúde da Subida na presença do farmacêutico responsável pelas unidades.

§ 2º. Para a dispensação de medicamentos sujeitos ao controle especial, é necessário apresentar o Cartão Saúde de Apiúna do usuário do medicamento prescrito, carteira de identidade da pessoa que for retirar o medicamento na farmácia com a receita e demais exigências do Protocolo Clínico-terapêutico ao qual o medicamento se vincula.

§ 3º. A dispensação só poderá ser feita dentro dos 30 (trinta) dias de validade da receita, contados a partir da data da prescrição, devendo ser dispensada quantidade suficiente, conforme posologia, de acordo com a Portaria nº 344/98 da ANVISA. A data da prescrição da receita está incluída neste prazo.

§ 4º. Cabe aos farmacêuticos RTs (Responsáveis Técnicos) verificar a data da última dispensação dos medicamentos sujeitos ao controle especial, a fim de evitar dispensação duplicada e o uso indevido ou indiscriminado destes medicamentos por parte dos usuários.

Art. 26. No caso de falta do medicamento, no verso da receita, datar, assinar e orientar o paciente a possível data para retirar o medicamento.

Art. 27. As farmácias das UBS do Município fixarão em lugar visível ao público seu horário de atendimento.

**Seção III**

**COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSITÊNCIA FARMACÊUTICA**

Art. 28. O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é uma estratégia de acesso a medicamentos, geralmente de uso contínuo, utilizados em nível ambulatorial no tratamento de diversas patologias crônicas ou raras. Seus itens são padronizados pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina e dispensados na Farmácia da UBS Centro.

Art. 29. Ao receber uma receita na farmácia, o responsável pela dispensação deve sempre verificar se os itens prescritos que não são padronizados na REMUME constam da lista de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Em caso afirmativo:

I – Informar o paciente sobre a disponibilidade através do Componente;

II – Alertar o paciente sobre a documentação necessária (disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=470%3Amedicamentos-excepcionais-&catid=505&Itemid=210>).

**Seção IV**

**PROGRAMA DE MEDICAMENTOS ESTRATÉGICOS**

Art. 30. São estratégicos todos os medicamentos utilizados para tratamento das doenças de perfil endêmico, cujo controle e tratamento tenham protocolo e normas estabelecidas e que tenham impacto sócio-econômico. Entre estes programas podemos citar: Tuberculose, Hanseníase, DST/AIDS e Hemoderivados.

Parágrafo único. Os medicamentos têm a aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e são repassados para os Estados. As secretarias estaduais têm a responsabilidade de fazer o armazenamento e distribuição aos Municípios.

**CAPÍTULO V**

**DA ORIENTAÇÃO AO USUÁRIO**

Art. 31. O responsável pelo atendimento deverá apresentar o medicamento ao usuário e, conforme necessidade individual, orientar sobre o tratamento, observando:

I – Nome genérico do medicamento;

II – Modo de usar – orientar a forma adequada de uso de cada medicamento;

III – Horários de administração;

IV – Quantidade de medicamento fornecida e duração do tratamento;

V – Armazenamento.

Art. 32. Explicar sobre o carimbo e, em caso de medicamento de uso contínuo, quando e como retirar a medicação novamente. O ato de carimbar a prescrição constitui um importante registro para o paciente e o dispensador.

**CAPÍTULO VI**

**DO REGISTRO DE ATENDIMENTO**

Art. 33. É obrigatório o registro da dispensação de medicamentos e insumos por sistema informatizado, disponível em todas as farmácias básicas do Município.

Paragrafo único. Nenhum medicamento poderá ser dispensado quando da falta de energia elétrica e/ou sistema, exceto em casos de emergência quando justificados e posteriormente registrados no sistema informatizado.

**CAPÍTULO VII**

**DO ARMAZENAMENTO E CONTROLE DE ESTOQUE**

Art. 34. Os medicamentos deverão ser organizados nas estantes, prateleiras e gavetas:

I – Em ordem alfabética, pelo nome genérico;

II – Com data de validade inferior à frente daqueles com data superior;

III – Separados conforme os lotes;

IV – De forma que permita a visualização e a movimentação do que está armazenado.

Art. 35. Os medicamentos que exigirem refrigeração para a sua conservação devem ser armazenados em geladeira apropriada, fazendo-se controle diário da temperatura na planilha “Controle Diário de Temperatura - conservação dos medicamentos - geladeira” Anexo III.

§ 1°. Os locais de armazenamento dos medicamentos que não exigem refrigeração também deverão ter controle diário de temperatura e umidade na planilha “Controle Diário de Temperatura/Umidade - conservação dos medicamentos - ambiente” Anexo IV.

§ 2°. Todo problema com a temperatura da geladeira e/ou ambiente deverá ser repassado para o responsável da unidade, para as devidas providências.

§ 3°. Periodicamente deve-se realizar limpeza dos equipamentos de ar condicionado conforme normas de vigilância sanitária.

Art. 36. O controle diário e mensal do estoque de medicamentos nas UBS será realizado via sistema informatizado.

**CAPÍTULO VIII**

**DO REABASTECIMENTO**

Art. 37. A requisição/transferência para o reabastecimento de medicamentos das UBS obedecerá ao Anexo V (Nota de Requisição/Transferência de Medicamentos) e será baseada no Consumo Médio Diário de Medicamentos, auxiliado por sistema informatizado, levando-se em conta a sazonalidade e possíveis períodos de desabastecimento.

Parágrafo único. A responsabilidade pelo envio do pedido de reabastecimento mensal é do farmacêutico e, nas unidades que não contam com este profissional é do responsável pela unidade.

Art. 38. O prazo de solicitação deverá obedecer ao cronograma estabelecido pela UBS do Centro.

Art. 39. O pedido fora do cronograma somente será processado em três casos específicos:

I – Pedidos de medicamentos sujeitos a controle especial;

II – Quando a UBS não dispuser de espaço para estoque mensal;

III – Justificativa técnica do coordenador explicando consumo atípico.

**CAPÍTULO IX**

**DO RECEBIMENTO DOS MEDICAMENTOS PELOS FORNECEDORES**

Art. 40. O recebimento dos medicamentos pelos fornecedores será centralizado na Farmácia da UBS do Centro.

§ 1°. O Farmacêutico Responsável verificará se o que está sendo entregue é adequado com o descrito na Nota fiscal, observando ainda sua embalagem, prazos de validade e demais condições necessárias.

§ 2°. Após a conferência será reproduzido cópia do documento fiscal para posterior entrada dos medicamentos no sistema informatizado.

§ 3°. O Servidor responsável pelo fiscal do contrato com o apoio do farmacêutico atestará a via original da nota fiscal e encaminhará para o Setor de Compras.

**CAPÍTULO X**

**DO RECEBIMENTO DOS MEDICAMENTOS PELA UBS DO CENTRO**

Art. 41. No ato de recebimento, o responsável deverá inspecionar a quantidade medicamentos e verificar se coincidem com os dados da nota de requisição/transferência (Anexo V), bem como os lacres, etiquetas e condições gerais. Deverá assinar e datar a nota de recebimento.

Art. 42. Na conferência da nota, todo produto deve ser inspecionado quanto a sua embalagem, observando-se ainda:

I – A comparação da quantidade fornecida com a quantidade da nota;

II – A observância do prazo de validade do medicamento.

Art. 43. A primeira via da nota de entrega deverá ser arquivada na UBS local. A segunda via deverá ser encaminhada à UBS do Centro, devidamente assinada e, caso necessário, notificando qualquer divergência.

Art. 44. Cabe aos coordenadores das UBS designar um responsável e estabelecer um período para realização da conferência dos medicamentos e reorganização da farmácia no pedido mensal, sem comprometer o atendimento.

**CAPÍTULO XI**

**DO BALANÇO DO ESTOQUE**

Art. 45. O balanço de estoque deverá ser semestral em todas as UBS, devendo ser realizado até cinco dias antes da data de reabastecimento para coincidir com o estoque mais baixo de medicamentos.

§ 1°. Fica permitido o fechamento da farmácia para balanço conforme calendário programado, que deve ser submetido para aprovação com antecedência, da CFT.

§ 2°. O estabelecimento do calendário do balanço é de responsabilidade do farmacêutico, em acordo com o coordenador das UBSs.

Art. 46. A responsabilidade pelo balanço de estoque é do farmacêutico designado pelo gestor.

Art. 47. O balanço de estoque dos medicamentos psicotrópicos deverá ser feito mensalmente sem comprometer o atendimento.

**CAPÍTULO XII**

**DOS MEDICAMENTOS COM PRAZO DE VALIDADE PRÓXIMO AO VENCIMENTO**

Art. 48. O controle da validade dos medicamentos da farmácia é de responsabilidade do farmacêutico e, na sua ausência, da pessoa responsável designada pela coordenação da UBS para a farmácia.

Art. 49. Deverá ser feita a comunicação dos medicamentos com previsão de vencimento para três meses à UBS do Centro, informando a disponibilidade do medicamento para remanejamento, que, por sua vez, deverá informar as UBS sobre a disponibilidade do medicamento, conforme segue:

I – O procedimento deverá ser oficializado por correio eletrônico, o qual deve especificar o que está sendo disponibilizado (nome genérico do medicamento, lote, data de validade e quantidade).

II – Cabe aos farmacêuticos acompanhar todo processo, inclusive fazer o remanejamento e os pedidos de reabastecimento.

**CAPÍTULO XIII**

**DESCARTE DE MEDICAMENTOS**

Art. 50. Constatando-se a existência de medicamentos vencidos, os mesmos deverão ser segregados dos demais, sob as seguintes circunstâncias:

I - Sinalização que mencione “MEDICAMENTO VENCIDO”;

II – Nas Unidades que não possuem coleta deverá ser encaminhado para a UBS do Centro mediante realização de transferência por vencimento, via sistema informatizado, dos itens e quantitativo vencidos, gerando automaticamente baixa do estoque.

III – Os farmacêuticos responsáveis das UBS efetuarão as devidas alterações no sistema informatizado.

IV – Eventuais ocorrências de vencimento de medicamentos deverão ser justificados pelo responsável da UBS e encaminhados ao Secretário Municipal que tomará as devidas providências cabíveis.

Art. 51. As farmácias poderão receber dos usuários medicamentos vencidos e/ou danificados, devendo segregá-los e enviá-los diretamente à UBS do Centro, sem necessidade de registro no sistema informatizado, embalados e com sinalização que mencione “DESCARTE DE MEDICAMENTOS”.

Art. 52. Onde não possui coleta é de responsabilidade do Farmacêutico da UBS do Centro o descarte de todo medicamento vencido, danificado ou descartado pelo usuário, seguindo as orientações da FATMA através da Portaria n° 242/2014 –01.12.2014.

**CAPÍTULO XIV**

**DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

Art. 53. Cada UBS deverá manter, para consulta, uma pasta com informações da farmácia que contenha:

I – Notas de entrada de medicamentos;

II – Planilhas do controle diário de temperatura (geladeira e ambiente) e balanço de estoque de medicamentos;

III – Cópias de todas as Comunicações referentes ao serviço da farmácia (Comunicações referentes à devolução de medicamentos vencidos, devolução de medicamentos doados e/ou devolvidos, comunicação de fechamento para balanço e outros);

IV – Informativos sobre medicamentos e documentos correlacionados (Instrução Normativa, Decretos, Portarias, Listas de Medicamentos, Formulários de Pedidos de Medicamentos, Formulário de Notificação de Problemas Relacionados a Medicamentos e outros).

Art. 54. Em caso de verificação de problemas relacionados a medicamentos, tais como eventos adversos e queixas técnicas quanto à qualidade, os profissionais de saúde devem notificar o fato diretamente à CFT.

Art. 55. É vetado o ingresso de representantes de laboratórios farmacêuticos e o recebimento e guarda de medicamentos “amostra grátis” em todas as unidades de saúde, bem como nos setores técnico-administrativos da Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 56. Ao usuário turista não serão fornecidos medicamentos, pelo fato de não residirem em Apiúna, sendo esta uma obrigação do seu município de origem. Admite-se apenas a administração de medicamentos em atendimento de urgência, através da emissão de um número provisório para registro.

Art. 57. Os casos omissos serão analisados e decididos pela Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde de Apiúna.

Art. 58. Esta Instrução Normativa poderá ser revista a qualquer tempo, ficando estabelecido o prazo máximo de 01 ano para a sua revisão sob responsabilidade da Comissão Permanente de Farmácia e Terapêutica.

Art. 59.Integram a presente Instrução Normativa os seguintes Anexos:

Anexo I – Formulário de Solicitação de Inclusão e Exclusão de Medicamento;

Anexo II – Termo de Concessão, Compromisso e Responsabilidade para uso do Aparelho Glicosímetro;

Anexo III – Controle Diário de Temperatura - conservação dos medicamentos - geladeira;

Anexo IV – Controle Diário de Temperatura/Umidade - conservação dos medicamentos - ambiente;

Anexo V – Nota de Requisição/Transferência de Medicamentos;

Art. 60. Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Maicon Rodrigo Bernardi

Controlador Interno

**ANEXO I**

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE MEDICAMENTO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TIPO DE SOLICITAÇÃO** | | | ( ) INCLUSÃO ( ) EXCLUSÃO | | |
| **NOME DA SUBSTÂNCIA**:\_ |  | | | | |
| **NOME(S) COMERCIAL(IS):** | |  | | | |
| **FORMA FARMACÊUTICA:** | |  | | | |
| ( ) COMPRIMIDO ( ) CÁPSULA ( ) DRÁGEA ( ) SOLUÇÃO | | | | | |
| ( ) SUSPENSÃO ORAL ( ) XAROPE ( ) SUPOSITÓRIO ( ) INJETÁVEL | | | | | |
| ( ) CREME ( ) POMADA ( ) OUTRA. ESPECIFICAR | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| **INDICAÇÃO TERAPÊUTICA PRINCIPAL:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| **JUSTIFICATIVA TERAPÊUTICA PARA A SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| **OBS: NO CASO DE EXISTIREM NA REMUME ALTERNATIVAS PARA A MESMA INDICAÇÃO TERAPÊUTICA, JUSTIFIQUE AS VANTAGENS DA SUBSTITUIÇÃO. INDIQUE AS CONTRA-INDICAÇÕES, PRECAUÇÕES E TOXICIDADES RELACIONADAS COM O USO DO MEDICAMENTO:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| **EM CASO DE EXCLUSÃO INDIQUE QUE OUTROS MEDICAMENTOS NA REMUME PODEM**  **SUBSTITUÍ-LOS E, EM CASO DE INCLUSÃO, QUE OUTRO MEDICAMENTO PODERÁ SUBSTITUIR O QUE ESTÁ SENDO PROPOSTO E POR QUAL MOTIVO:** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| **INDIQUE A QUE NÍVEL SERÁ UTILIZADO ESTE MEDICAMENTO:** | | | | | |
| ( ) UNIDADE BÁSICA ( ) AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE | | | | | |
| ( ) CENTRO DE REFERÊNCIA ( ) OUTROS, ESPECIFICAR | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| OUTRAS INFORMAÇÕES | | | | SIM | NÃO |
| O MEDICAMENTO POSSUI REGISTRO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE? | | | |  |  |
| O MEDICAMENTO SOLICITADO PERTENCE À 18° LISTA DA OMS? | | | |  |  |
| O MEDICAMENTO ESTÁ DISPONÍVEL NO MERCADO NACIONAL? | | | |  |  |
| ESTÁ INCLUÍDO NA ÚLTIMA LISTA DA RENAME (RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS)? | | | |  |  |
| ESTÁ REGISTRADO SOB A FORMA **GENÉRICO?** | | | |  |  |
| EXISTE MAIS DE UM PRODUTO DO MEDICAMENTO? QUAIS? | | | |  |  |
|  | | | | | |
| **CUSTO MENSAL MÉDIO DO TRATAMENTO (COMPARADO) ABCFARMA/CONSULTA REMÉDIOS (**[**https://consultaremedios.com.br/**](https://consultaremedios.com.br/)**) R$:** | | | | | |
|  | | | | | |
| **APOIO À PESQUISA DE ESTUDOS DE EVIDÊNCIA CLÍNICA:** | | | | | |
| - COCHRANE: [http://www.cochrane.org](http://www.cochrane.org/) | | | | | |
| - AUSTRALIAN PRESCRIBER: <http://www.australianprescriber.com/> | | | | | |
| - THERAPEUTICS INITIATIVE-EVIDENCE-BASED DRUG THERAPY: <http://www.ti.ubc.ca/> | | | | | |
| - EVIDENCE BASED MEDICINE (EBM): <http://www.infodoctor.org./rafabravo/mbe.htm> | | | | | |
| - CONSENSOS NACIONAIS E INTERNACIONAIS: - NIH (NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH-EUA): <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/index.htm> | | | | | |
| **OUTRAS INFORMAÇÕES:** | | | | | |
| - BNF 44ED. SETEMBRO DE 2002: [http://www.bnf.org](http://www.bnf.org/) | | | | | |
| - FDA: [http://www.fda.gov](http://www.fda.gov/) | | | | | |
| - MEDSCAPE DRUGINFO: <https://www.medscape.com>/ | | | | | |
|  | | | | | |
| DADOS DO PROPONENTE: | | | | | |
| NOME: | | | | | |
| CARGO/FUNÇÃO: | | | | | |
| E-MAIL: | | | | | |
|  | | | | | |
| ***Obs: As solicitações de indicações sem referência de bibliografia não serão avaliadas. Apenas serão analisadas as propostas preenchidas integralmente e com dados suficientes para análise. Cada formulário de solicitação deve corresponder a apenas um produto (princípio ativo). No caso de propostas de substituição, referir claramente o produto que se pretende ver substituídos.*** | | | | | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSAVEL PELO PREENCHIMENTO

**Desde já agradecemos muito a sua contribuição.**

**ANEXO II**

**TERMO DE CONCESSÃO, COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE PARA USO DO APARELHO GLICOSÍMETRO**.

Pelo presente **TERMO DE CONCESSÃO, COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE,** eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Cartão SUS n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Residente na rua \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bairro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Telefone para contato n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Residente neste município.

**Recebi da Unidade Básica de Saúde Departamento de Assistência Farmacêutica**, 01 (um) Glicosímetro da marca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lote:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para controle de Diabetes Mellitus.

Mediante este instrumento de aceitação assumo os seguintes compromissos:

1. Estou ciente que a concessão deste aparelho destina-se a meu uso pessoal e intransferível, apenas na forma e segundo as indicações a mim fornecidas pela equipe desta Unidade de Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica, não estando autorizado a cedê-lo para uso de terceiros.
2. Estou ciente que devo zelar pelo manuseio e conservação do aparelho glicosímetro.
3. Em caso de perda do aparelho fazer boletim de ocorrência na Unidade Básica de Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica.
4. Em caso de defeito do aparelho, não tentar consertá-lo, e sim levar o aparelho para avaliação e possível troca na Unidade Básica de Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica.
5. Comprometo-me a devolver o aparelho glicosímetro em perfeito estado de conservação, caso deixe de usá-lo, ou quando solicitado pela Unidade Básica de Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica.

Apiúna, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do paciente/ou Responsável pela retirada do aparelho na UBS.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do responsável pela dispensação

Atestamos que o aparelho foi devolvido em\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.

( ) Em perfeito Estado ( ) Apresentando defeito ( ) Faltando peças ou acessórios.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do responsável pelo recebimento.

**ANEXO III**

**CONTROLE DIÁRIO DE TEMPERATURA – GELADEIRA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Estado | Município | UBS/ESF |
| Santa Catarina | Apiúna | Nome/localidade da UBS |
| Ano: | Mês: | Local: Farmácia |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | MANHÃ | | | | | TARDE | | | | |
| **DIA** | **HORA** | **MAX** | **MIN** | **ATUAL MOMENTO** | **ASSINATURA LEGIVEL** | **HORA** | **MAX** | **MIN** | **ATUAL MOMENTO** | **ASSINATURA LEGIVEL** |
| 01 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 02 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 03 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 04 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 05 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 06 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 07 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 08 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 09 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 31 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ANEXO IV**

**CONTROLE DIÁRIO DE TEMPERATURA/UMIDADE – AMBIENTE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Estado | Município | UBS/ESF |
| Santa Catarina | Apiúna | Nome/localidade da UBS |
| Ano: | Mês: | Local: Farmácia |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | MANHÃ | | | | | | TARDE | | | | | |
| **DIA** | **HORA** | **MAX** | **MIN** | **ATUAL MOMENTO** | **UMIDADE** | **ASSINATURA LEGIVEL** | **HORA** | **MAX** | **MIN** | **ATUAL MOMENTO** | **UMIDADE** | **ASSINATURA LEGIVEL** |
| 01 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 02 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 03 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 04 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 05 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 06 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 07 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 08 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 09 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 31 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ANEXO V**

**NOTA DE REQUISIÇÃO/TRANSFERÊNCIA DE MEDICAMENTOS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| UBS/ESF: | | Nome/localidade da UBS | | | |
| MÊS: |  | | ANO: | |  |
| Nome do Medicamento | | | Qntd. Solicitada | Lote | Qntd. Recebida |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |
|  | | |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo do Responsável