



GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Assistência Farmacêutica

NOTA TÉCNICA Nº 07/2014/DIAF

Assunto: Organização de Processos Administrativos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) e demais programas atendidos pela DIAF.

Prezados Senhores,

Considerando a Portaria SAS/MS nº 1554/2013 de 30.07.2013 que regulamenta o Componente da Assistência Farmacêutica;

Considerando a Deliberação CIB 398/2014 que aprova as nomenclaturas e competências das Unidades de Assistência Farmacêutica (UAFs) e dos respectivos profissionais e da Diretoria de Assistência Farmacêutica;

Considerando a Nota Técnica nº 02/2014/DIAF, que trata do Cadastro de Representantes para retirada de medicamentos do CEAF/SC;

Considerando a Nota Técnica nº 06/2014/DIAF, que trata sobre a Declaração Médica para abertura de processos solicitando medicamentos sujeitos a controle especial;

Informamos que os processos administrativos do CEAF e dos demais programas atendidos pela DIAF nas UAFs devem ser organizados conforme orientações a seguir:

- a. Todos os documentos do processo devem estar dispostos em ordem cronológica numa mesma pasta;
- b. As pastas devem ser separadas por paciente e por solicitação, não sendo adequado separar as pastas por medicamento;
- c. O rol de documentos que devem constar no processo são os exigidos na solicitação inicial e respectiva Avaliação e Autorização assinadas, as Renovações e

Nota Técnica nº 07/2014 DIAF/SUV/SES/SC 19/11/2014





GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Assistência Farmacêutica

respectivas Autorizações e Recibos de Dispensação devidamente preenchidos e assinados, Declarações Autorizadoras e Declarações Médicas para Solicitação de Medicamentos Sujeitos a Controle Especial preenchidos e assinados, quando for o caso.

Os documentos devem estar todos completamente preenchidos e assinados.

1. No que se refere ao Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME) – Anexo 1:

Deverá estar completamente preenchido, conforme instruções da Portaria SAS/MS nº 1554/2013 em seu Anexo V.

Os campos 1 a 17 são de preenchimento obrigatório do médico solicitante;

Os campos 18 a 23 devem ser completamente preenchidos pelo responsável pelo preenchimento, que poderá ser o paciente ou qualquer outra pessoa, desde que identificada.

2. No que se refere à Dispensação e ao Recibo de Medicamentos (RME) – Anexo 2:

2.1. Para realizar a dispensação do medicamento, o paciente ou representante se dirige à UAF portando documento de identidade e Declaração Autorizadora, se for o caso;

2.2. O profissional deve consultar no SISMEDEX a situação do paciente, verificando se possui LME vigente e quais os medicamentos autorizados para o mês do atendimento, observando inclusive concentração e forma de apresentação do medicamento;

2.3. Deve conferir com o paciente, responsável ou representante o(s) medicamento(s) que será(ão) retirado(s);

2.4. O profissional registra no SISMEDEX a dispensação e, se for necessário, deverá registrar Observação de Dispensação em campo próprio no SISMEDEX;

Nota Técnica nº 07/2014 DIAF/SUV/SES/SC 19/11/2014



Rua Esteves Junior, nº 390 - Centro - Florianópolis / SC - 88.015-530
Telefones: (48) 3665-4508/3665-4509 e-mail: diaf@saude.sc.gov.br
www.saude.sc.gov.br





GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Assistência Farmacêutica

- 2.5. O profissional dispensador separa o(s) medicamento(s), conferindo nome do fármaco, concentração e forma de administração, lote e data de validade;
- 2.6. Para os Medicamentos Sujeitos a Controle Especial, conforme Portaria SVS/MS nº 344/1998, no ato da dispensação deverão obrigatoriamente ser registrados os dados da prescrição médica no campo Receita no SISMEDEX;
- 2.7. O dispensador orienta o paciente, responsável ou representante sobre o uso correto do medicamento, forma de armazenamento e demais informações conforme Check List que consta no campo do Dispensador, e preenche o campo correspondente no Recibo;
- 2.8. O paciente, responsável ou representante deverá conferir e assinar o recibo, bem como o profissional dispensador;
- 2.9. O recibo será arquivado no processo administrativo, de forma a ficar disponível sempre que solicitado;
- 2.10. Se for o caso, o dispensador deverá orientar sobre a necessidade de renovação e emitir o novo LME diretamente do SISMEDEX, ou de apresentação de qualquer documento/exame, conforme patologia/PCDT;
- 2.11. No caso de solicitação de adiantamento de medicamento, este deverá ser autorizado pela DIAF. Orientar que somente será possível dentro do limite de vigência da APAC e respeitadas as exigências legais;

ATENÇÃO: O Recibo de Medicamentos deverá ser completamente preenchido, inclusive os campos de Orientações ao paciente, e assinado pelo Paciente/Representante e pelo Dispensador.


Lia Quaresma Coimbra

Gerente Técnica


Maria Teresa Bertoldi Agostini


Diretora

Florianópolis, 26 de novembro de 2014.

Nota Técnica nº 07/2014 DIAF/SUV/SES/SC 19/11/2014



ANEXO 1 – MODELO DE LAUDO PARA SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (LME).



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Estado da Saúde

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTENCIA FARMACEUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1- Número do CNES* 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante _____

3- Nome completo do Paciente* _____ 5- Peso do paciente* _____ kg

4- Nome da Mãe do Paciente* _____ 6- Altura do paciente* _____ cm

1	7- Medicamento(s)*	8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
2				
3				
4				
5				

9- CID-10* 10- Diagnóstico _____

11- Anamnese _____

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*

SIM. Relatar: _____

NÃO

13- Atestado de capacidade*

A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?

NÃO SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento _____

Nome do responsável: _____

14- Nome do médico solicitante* _____ 17- Assinatura e carimbo do médico* _____

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* _____ 16- Data da solicitação* _____

18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente Responsável (de acordo com item 13) Médico solicitante

Outro, informar nome: _____ e CPF _____

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável* _____

Branca Amarela

Preta Indígena. Informar Etnia: _____

Parda Sem informação

20- Telefone(s) para contato do paciente _____

21- Número do documento do paciente _____

CPF ou CNS _____

22- Assinatura do responsável pelo preenchimento* _____

23- Correio eletrônico do paciente _____

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATORIO

Nota Técnica nº 07/2014 DIAF/SUV/SES/SC de 19/11/2014



Rua Esteves Junior, nº 390 - Centro – Florianópolis / SC - 88.015-530
 Telefones: (48) 3665-4508/3665-4509 e-mail: diaf@saude.sc.gov.br
 www.saude.sc.gov.br



ANEXO 2 – RECIBO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA
MUNICÍPIO DE TIJUCAS

Data de Emissão:
13/11/2014 15:04
Recibo Dispensação:
059-00012066-5

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome: EXEMPLO EXEMPLO

CNS: 111.1111.1111.11

Data Nasc.: 21/08/196

Município: Tijucas

Nome Mãe: EXEMPLO EXEMPLO

CPF: 111.111.111-11

Nº Interno: 205.885

MÊS: 10/2014

Número APAC: 4214205276523	Vigência: 01/09/2014-30/11/2014		
(0604390076) ALFAPEGINTERFERONA 2B 120 MCG F.A.		Qtde Autorizada	5
(0604390076) ALFAPEGINTERFERONA 2B 120 MCG F.A.			
Lote: 3IQJ40501	Validade: 30/05/2016	Qtde Dispensada	1
(0604450010) RIBAVIRINA 250 MG CAP		Qtde Autorizada	210
Medicamento não entregue nesta dispensação			

Observação da dispensação:

Recebido por: EXEMPLO EXEMPLO

Data: 31/10/2014 13:38:32

Doc. Identidade: 111111 – SSP/SC

Parentesco: Esposo (a)

Telefone:

Declaro que recebi o(s) medicamento(s) acima descritos bem como fui informado acerca das orientações sobre o correto uso e armazenamento do(s) mesmo(s)

assinatura: _____

Dispensado por: Dispensador

Declaro que foi dispensado o(s) medicamento(s) bem como foram fornecidas as seguintes orientações, quanto:

Administração

Interação com medicamentos e alimentação

Efeitos Adversos

Armazenagem

Situações especiais (idade, gestação, lactação)

assinatura: _____

Desenvolvido por
CELEPAR

Nota Técnica nº 07/2014 DIAF/SUV/SES/SC de 19/11/2014



Rua Esteves Junior, nº 390 - Centro - Florianópolis / SC - 88.015-530
Telefones: (48) 3665-4508/3665-4509 e-mail: diaf@saude.sc.gov.br



