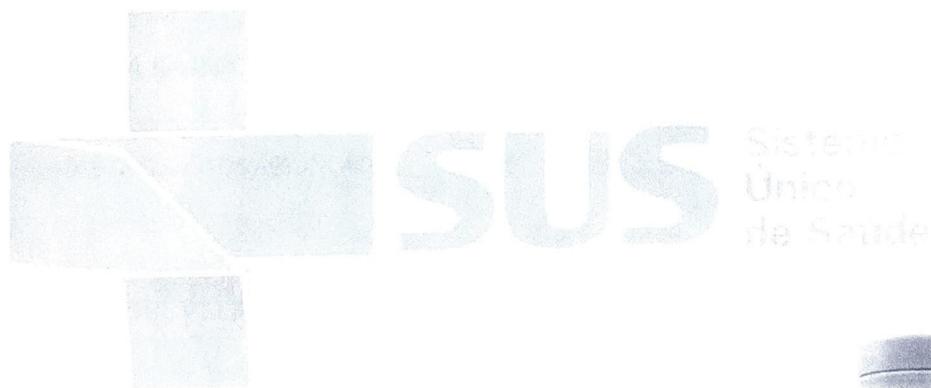


PROTOCOLO MUNICIPAL DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS





PREFEITURA DE

**SANTA
IZABEL**

Trabalhar o presente. Construir o futuro

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA TÉCNICA

PREFEITO

EVANDRO BARROS WATANABE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS

MARIA JOSÉ DOS SANTOS ASSUNÇÃO

Maria José dos Santos Assunção
Secretária Municipal de Saúde
Decreto: 010/2021

RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO

WANESSA THAIS CARDOSO KATO

Wanessa Thais dos Santos Cardoso
ASSESSORA PMSIP

1. APRESENTAÇÃO

A Política Nacional de Medicamentos observa e fortalece os princípios constitucionais e legais estabelecidos, tendo como base os princípios e diretrizes do SUS. Esta Política explicita diretrizes e prioridades, merecendo destaque a reorientação do modelo de Assistência Farmacêutica, que deixou de se limitar à aquisição e distribuição de medicamentos.

O Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional é responsável por um grupo de medicamentos destinados ao tratamento de patologias específicas que atingem um número limitado de pacientes, os quais, na maioria das vezes utilizam-nos por períodos prolongados. Entre os usuários desses medicamentos estão os transplantados, os portadores de insuficiência renal crônica, de esclerose múltipla, de hepatite viral crônica B e C, de epilepsia, de esquizofrenia refratária e de doenças genéticas como fibrose cística e outras.

Pode-se depreender que várias situações mencionadas na Política Nacional de Medicamentos são aplicáveis ao Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional. Acerca deste tema, a política menciona que:

“ no tocante aos agravos e doenças cuja transcendência, magnitude e / ou vulnerabilidade tenham repercussão na saúde pública, buscar-seá a contínua atualização e padronização de protocolos de intervenção terapêutica e dos respectivos esquemas de tratamento.”

O “ **Protocolo Municipal de Distribuição de Medicamentos Excepcionais**” foi elaborado com o intuito de estabelecer os critérios para distribuição dos medicamentos excepcionais, pela gestão da Secretaria Municipal de Saúde, tendo em vista o aumento da demanda nos serviços públicos.

2. REQUISITO

- 2.1 - Observar as regras contidas neste Protocolo;
- 2.2 - Possuir alguma patologia específica;

3. CONDIÇÕES E REGRAS GERAIS

- 3.1 – O cadastro é válido por tempo indeterminado podendo ser ativo ou inativo;
- 3.2 – Somente pacientes com cadastro ativo poderão receber as medicações;
- 3.3 – O parecer social é fundamental para a efetivação do cadastro;
- 3.4 – O parecer social aprovado garante o direito a atendimento desde que haja disponibilidade de recurso financeiro desta Sec. Municipal de Saúde;

4. CRITÉRIOS

Os critérios para inclusão do usuário no Sistema de Distribuição serão os seguintes:

- 4.1 – Residir no município de Santa Izabel do Pará;
- 4.2 – Estar realizando o tratamento médico pelo SUS;
- 4.3 – Dispor de receita médica atualizada;
- 4.4 – Realizar o cadastro social com o(a) profissional Assistente Social da Secretaria Municipal de Saúde;
- 4.5 – Possuir toda a documentação exigida neste protocolo;
- 4.6 – O usuário deverá, ainda, estar com seu cadastro de endereço atualizado, conforme apresentação de comprovante de endereço atualizado e nominal, podendo esse ser exigido para entrega ou dispensação de medicamentos.

5. PUBLICO ALVO

5.1 – Usuários do SUS com alguma patologia crônica e/ou rara, que exija a compra de medicamentos de alto custo, comprovado por receita médica e que demonstre em Parecer Social situação de vulnerabilidade financeira.

6. DISPENSAÇÃO

6.1 - Nos casos de pacientes com idade inferior a 18 (dezoito anos), somente poderá retirar o medicamento aquele declarado responsável legal, com exceção das pessoas previamente autorizadas pelo responsável, sempre mediante apresentação do Cartão do SUS do beneficiário.

6.2 - Os medicamentos de caráter excepcionais serão dispensados mediante aviso via telefone, no Almojarifado Central de Medicamentos, situado a Rua João Casa Nova, nº 2085, Bairro Centro, Santa Izabel do Pará – PA.

6.3 – A dispensa dos Medicamentos se dará 1 (uma) vez ao mês.

6.4 – Não será permitida a dispensação retroativa.

6.5 - É critério de entrega ou dispensação de medicamentos apresentação de documento original;

6.6 - No caso de perda, roubo ou furto dos documentos oficiais serão aceitos boletins de ocorrência com validade de 30 (trinta) dias.

7. PRESCRIÇÃO DO MEDICAMENTO

A prescrição do uso de medicamentos de caráter excepcional deverá ser realizada pelo profissional habilitado (médico).

Para ingresso do paciente no cadastro municipal será necessário:

7.1 - Não serão aceitas prescrições que não sejam originadas do SUS (exemplo: provenientes de convênios ou particulares) ou que sejam originadas fora do município de Santa Izabel do Pará;

7.2 - As prescrições de medicamentos de uso crônico, prescritas como “USO CONTÍNUO”, para efeito de dispensação, terão validade de 6 meses ou outro tempo determinado pelo prescriptor,

limitado a um prazo máximo de 12 meses, informação esta que deverá estar registrada na receita;

7.3 - O primeiro mês de validade da receita será contado a partir do mês de emissão;

7.4 - O medicamento será fornecido mensalmente, para o período de 30 dias de tratamento, durante o período de validade da receita, ficando a critério do farmacêutico a avaliação de casos excepcionais;

7.5 - 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 posologia;

7.6 - As receitas 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 substância prescrita sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB); 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.

VI - FLUXO DE ATENDIMENTO

Visando a compreensão das razões para a existência deste Protocolo, segue a descrição sumária de cada um dos processos de atendimento do serviço no sentido de tornar fácil assimilar todo o fluxo de atendimento, facilitando o acesso ao serviço.

6.1- Cadastro

Para cadastrar-se, o paciente ou responsável deverá dirigir-se a Secretaria Municipal de Saúde, no Setor de Serviço Social, portando os seguintes documentos originais do paciente:

- I. RG;
- II. CPF;
- III. Cartão SUS (Cartão Nacional do SUS);
- IV. Comprovante de residência Atualizado;
- V. Laudo médico atualizado;
- VI. Receita médica vigente.

6.2- Efetivação do Cadastro.

O Processo será montado e avaliado pelo(a) Assistente Social e encaminhado para o Gabinete do(a) Secretário(a) Municipal de Saúde. Caso a condição do paciente se enquadre nos requisitos conforme elencados neste Protocolo, a Assistente Social entrará em contato com o paciente ou seu representante legal em um prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis para informar que seu cadastro será efetivado e garantido o direito ao atendimento.

6.3- Início de Atendimento.

O atendimento se dará após 30 (trinta) dias da autorização da documentação por Parecer Social. Este após devidamente analisado e autorizado será encaminhado ao Almojarifado de medicamentos Central para a efetivação da compra do(s) medicamento(s).

Assim que o medicamento for entregue no Almojarifado o(a) farmacêutico (a) responsável entrará em contato com o paciente ou a pessoa responsável para realizar a entrega.

6.5- Horários de Funcionamento

O Setor de Assistência Social, localizado à Rua João Coelho nº 1.200 – Secretaria Municipal da Saúde de Santa Izabel do Pará, atende para informações, alterações no processo, cancelamento e solicitação de novo cadastro, de segunda à sexta- feira (exceto feriados e pontos facultativos) das 08h00min às 13h00min.

O Almojarifado de Medicamentos, localizado à Rua João Casa Nova nº 2085 - Centro, atende para informações com relação a entrega de medicamentos, de segunda à sexta- feira (exceto feriados e pontos facultativos) das 08h00min às 13h00min.

Em caso de dúvida, poderá ser feito contato via telefone (91)98982-3094.

6.6- Alteração de medicamento

O paciente ou responsável deverá solicitar pessoalmente a alteração do medicamento junto ao setor de Assistência Social. Solicitações encaminhadas a outros setores não serão acatadas.

6.7- Cancelamento de fornecimento

O paciente ou responsável obrigatoriamente, deverá solicitar pessoalmente, o cancelamento do fornecimento do medicamento junto ao setor de Assistência Social. Uma vez cancelado, não haverá a possibilidade de reversão. Na ocorrência de 2 (dois) meses sem a procura pelo medicamento, haverá bloqueio do cadastro do paciente por 3 (três) meses a contar da data da última retirada no Almojarifado de medicamentos.



PREFEITURA DE
**SANTA
IZABEL**

Trabalhar o presente. Construir o futuro

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXOS

ANEXO I - FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO.

Unidade Solicitante:		Solicitante (prescritor):	
Data:		Horário de atendimento no local:	
Nome do Paciente:			
Idade:	Peso:	Telefone:	
Endereço do paciente:			
Condição de moradia: () apartamento () casa Acesso: () Rampa () Escada () Piso plano () Elevado			
Condição física: () Deambula () Não deambula () Acamado () Cadeirante () Traqueostomizado () Uso de Oxigênio Contínuo () Portador de MI especificar: _____			
OBS:			
Patologia (CID):			
Medicamentos:			
Cuidado especial: () Não () Sim Qual?			
Data do atendimento:		Local do atendimento:	
Observações:			



PREFEITURA DE
**SANTA
IZABEL**

Trabalhar o presente. Construir o futuro

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO E COMPROMISSO DO
FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO**

Eu, _____,

Paciente/responsável pelo paciente _____,

sob o Parecer Social Nº _____ solicitando MEDICAMENTOS ESPECIAIS, li e concordo com os termos abaixo discriminados:

1. A entrega de medicamentos ocorre no Almoarifado de Medicamentos Municipal pela Farmacêutica responsável;

2. O Almoarifado entrará em contato logo após a aquisição do medicamento, para que o responsável possa fazer a retirada. Caso não receba essa ligação, o paciente/responsável deverá entrar em contato pelo pelos telefones (91) 3744 1776/ 3744 2216/ 98982-3094) para obter maiores informações;

3. Caso o medicamento não seja retirado do Almoarifado no prazo de 15 dias a partir da data de contato, o mesmo poderá ser remanejado para outros pacientes;

4. Caso ocorra atraso por parte da Secretaria de Saúde em fornecer o benefício, o paciente/responsável será avisado via telefone pelo Almoarifado;

5. O paciente/responsável está consciente de que não poderá, sob-hipótese alguma, comercializar ou doar produtos recebidos pela Secretaria de Saúde, e que estes são exclusivos para uso no domicílio do paciente;

De acordo,

Assinatura: _____

Paciente/responsável pelo paciente

RG: _____

Santa Izabel do Pará, ____/____/____.