

 <p><b>PREFEITURA MUNICIPAL DE IBIPORÃ</b></p>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP</b>	<b>Código</b>	<b>POP – 005</b>
		<b>Edição</b>	<b>Terceira</b>
		<b>Data</b>	<b>21/09/2022</b>
		<b>Página</b>	<b>Página 1 de 13</b>
<b>ASSUNTO: CONTROLE DE TEMPERATURA, UMIDADE E MEDICAMENTOS TERMOLÁBEIS</b>			

## 1 – OBJETIVO

Definir um procedimento para o monitoramento e controle da temperatura e umidade do ambiente e refrigeradores e medicamentos termolábeis.

## 2 – PROCEDIMENTO

### 2.1. CONTROLES DE TEMPERATURA E UMIDADE

#### 2.1.1. TEMPERATURA

De acordo com a Farmacopéia Americana (USP), as temperaturas de conservação ideais, de acordo com as especificações são:

- Ambiente – temperatura entre 15° e 30°C – com controle mediante termostato. Recomenda-se temperatura próxima a 20°C.
- Quente – temperatura acima de 30°C.
- Fria ou refrigerada – entre 2° e 8°C.
- Local fresco – ambiente cuja temperatura situa-se entre 8° e 15°C.
- Em congelador: temperatura entre 0° e -20°C.
- Para produtos que requerem baixa temperatura, há necessidade de equipamentos de temperatura controlada entre 10° e 20°C.

Cada medicamento deverá ser armazenado seguindo as recomendações de temperatura descritas nas embalagens.

O ambiente de armazenamento dos medicamentos deve ficar entre 15° e 30°C durante todo o tempo.

Os refrigeradores devem ficar com temperatura entre 2° e 8°C.

O controle de temperatura da(s) geladeira(s) e ambiente deve ser realizado diariamente, em dois períodos (manhã e tarde) e registrados em formulário próprio REG 003 – POP 005 (anexo I).

Caso as temperaturas estejam fora do especificado, deverá ser investigada a causa da variação para correção e anotado no campo “observação” do registro.

 <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE IBIPORÃ</b>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP</b>	<b>Código</b>	<b>POP – 005</b>
		<b>Edição</b>	<b>Terceira</b>
		<b>Data</b>	<b>21/09/2022</b>
		<b>Página</b>	<b>Página 2 de 13</b>
<b>ASSUNTO: CONTROLE DE TEMPERATURA, UMIDADE E MEDICAMENTOS TERMOLÁBEIS</b>			

### 2.1.2. UMIDADE

Quando aplicável, deve haver o controle da umidade relativa (UR) do ambiente. O instrumento que permite a leitura da temperatura e da umidade é o termohigrômetro. A umidade deverá ser evidenciada também no REG 003 – POP 005.

A umidade relativa do ar na área de armazenamento dos medicamentos deve ficar abaixo ou igual a 65% e acima ou igual a 35% para a estabilidade dos medicamentos.

Caso a umidade do ar esteja acima da especificação, ajustar a posição do termostato do ar condicionado para a posição mais fria. Caso esteja abaixo, ajustar a posição do termostato do ar condicionado para a posição mais quente. A umidade relativa do ar pode ser eficientemente reduzida através da utilização de um aparelho desumidificador. Qualquer ação corretiva realizada deverá ser registrada no campo “Observação” do registro.

### ANEXO I – REGISTRO DE TEMPERATURA E UMIDADE

 <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE IBIPORÃ</b>	<b>REGISTRO – REG</b>	<b>Código</b>	<b>REG 003 – POP005</b>
		<b>Edição</b>	<b>Terceira</b>
		<b>Data</b>	<b>09/2022</b>
		<b>Página</b>	<b>Página 2 de 2</b>
<b>ASSUNTO: TEMPERATURA E UMIDADE</b>			

Identificação do ambiente/geladeira: \_\_\_\_\_ Mês/Ano: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



**PREFEITURA  
MUNICIPAL DE  
IBIAPORÃ**

**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**

<b>Código</b>	<b>POP – 005</b>
<b>Edição</b>	<b>Terceira</b>
<b>Data</b>	<b>21/09/2022</b>
<b>Página</b>	<b>Página 3 de 13</b>

**ASSUNTO: CONTROLE DE TEMPERATURA, UMIDADE E MEDICAMENTOS TERMOLÁBEIS**

Temperatura ideal do ambiente: 15 a 30°C

Umidade relativa ideal: 35 a 65%

Temperatura ideal da geladeira: 2 a 8°C

<b>DATA</b>	<b>HORA</b>	<b>T °C Mín</b>	<b>T °C Máx</b>	<b>T °C Atual</b>	<b>UR (%)</b>	<b>Observação</b>	<b>Responsável</b>
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							



**PREFEITURA  
MUNICIPAL DE  
IBIPORÃ**

**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**

<b>Código</b>	<b>POP – 005</b>
<b>Edição</b>	<b>Terceira</b>
<b>Data</b>	<b>21/09/2022</b>
<b>Página</b>	<b>Página 4 de 13</b>

**ASSUNTO: CONTROLE DE TEMPERATURA, UMIDADE E MEDICAMENTOS TERMOLÁBEIS**

11							
12							
13							
14							
15							



**PREFEITURA  
MUNICIPAL  
DE IBIPORÃ**

**REGISTRO – REG**

<b>Código</b>	<b>REG 003 – POP005</b>
<b>Edição</b>	<b>Primeira</b>
<b>Data</b>	<b>04/2016</b>
<b>Página</b>	<b>Página 4 de 2</b>

**ASSUNTO: TEMPERATURA E UMIDADE**

Identificação do ambiente/geladeira: \_\_\_\_\_

<b>DATA</b>	<b>HORA</b>	<b>T °C Mín</b>	<b>T °C Máx</b>	<b>T °C Atual</b>	<b>UR (%)</b>	<b>Observação</b>	<b>Responsável</b>
16							



**PREFEITURA  
MUNICIPAL DE  
IBIPORÃ**

**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**

<b>Código</b>	<b>POP – 005</b>
<b>Edição</b>	<b>Terceira</b>
<b>Data</b>	<b>21/09/2022</b>
<b>Página</b>	<b>Página 5 de 13</b>

**ASSUNTO: CONTROLE DE TEMPERATURA, UMIDADE E MEDICAMENTOS TERMOLÁBEIS**

17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						

 <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE IBIPORÃ</b>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP</b>	<b>Código</b>	<b>POP – 005</b>
		<b>Edição</b>	<b>Terceira</b>
		<b>Data</b>	<b>21/09/2022</b>
		<b>Página</b>	<b>Página 6 de 13</b>
<b>ASSUNTO: CONTROLE DE TEMPERATURA, UMIDADE E MEDICAMENTOS TERMOLÁBEIS</b>			

28						
29						
30						
31						

## 2.2. MEDICAMENTOS TERMOLÁBEIS

Os medicamentos termolábeis são os que requerem armazenamento em temperatura de 2 a 8°C para manter sua estabilidade.

Após a solicitação destes medicamentos à Regional, o transporte é feito de maneira controlada em caixa térmica com termômetro. No recebimento é feita a conferência das condições físicas e a variação da temperatura registrada. Caso haja alguma irregularidade, os medicamentos não serão liberados para uso.

Neste grupo encontramos as INSULINAS, IMUNOGLOBULINA HUMANA ESPECÍFICA ANTI-D (MATERGAN®) E PROXIMETACAÍNA. Para a dispensação destes itens é exigido que o solicitante traga caixa térmica/isopor para o transporte do medicamento, ambientalizada em temperatura entre 2° e 8°.

### 2.2.1. INSULINAS

É realizado o armazenamento, distribuição e dispensação de dois tipos de insulinas, a REGULAR e a NPH, tanto em apresentação de canetas, como em frascos.

 <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE IBIPORÃ</b>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP</b>	<b>Código</b>	<b>POP – 005</b>
		<b>Edição</b>	<b>Terceira</b>
		<b>Data</b>	<b>21/09/2022</b>
		<b>Página</b>	<b>Página 7 de 13</b>
<b>ASSUNTO: CONTROLE DE TEMPERATURA, UMIDADE E MEDICAMENTOS TERMOLÁBEIS</b>			

Para a distribuição, é solicitado a caixa de isopor com gelo reutilizável para transporte, ambientalizada em temperatura entre 2° e 8°. Toda distribuição deverá ser dado baixa no sistema Lucedata:

Farmácia

Transferência entre Unidades

Destino

Produto

Validade

Lote

Quantidade

Transferir

As insulinas são provenientes de verba federal e são enviadas do Setor de Insumos da 17ª Regional de Saúde a partir da solicitação quinzenal via sistema GSUS.

### **2.2.2. IMUNOGLOBULINA HUMANA ESPECÍFICA ANTI-D (MATERGAN)**

A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná oferta a Imunoglobulina Anti-Rh para gestantes assistidas pela Rede Mãe Paranaense e que apresentem risco de desenvolvimento de eritroblastose fetal (RH negativo), sendo prevista sua aplicação nas condições determinadas:

 <p><b>PREFEITURA MUNICIPAL DE IBIPORÃ</b></p>	<p><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP</b></p>	<b>Código</b>	<b>POP – 005</b>
		<b>Edição</b>	<b>Terceira</b>
		<b>Data</b>	<b>21/09/2022</b>
		<b>Página</b>	<b>Página 8 de 13</b>
<p><b>ASSUNTO: CONTROLE DE TEMPERATURA, UMIDADE E MEDICAMENTOS TERMOLÁBEIS</b></p>			

- Após o parto de mulheres com Coombs indireto negativo e recém nascido Rh positivo;
- Após aborto, gravidez ectópica e mola hidatiforme;
- Após sangramento obstétrico, sendo dependentes do volume de sangramento;
- Após procedimentos invasivos em mulheres gestantes, como amniocentese, cordocentese, biópsia e vilo corial.

#### **2.2.2.1. REQUISITOS PARA A DISPENSAÇÃO DA IMUNOGLOBULINA HUMANA ESPECÍFICA ANTI-D (MATERGAN)**

Quando a paciente se enquadrar em alguma destas situações acima citadas, a Imunoglobulina humana específica ANTI-D (Matergan) é fornecida mediante:

- receita médica e anotar no verso o número do cartão do SUS;
- Protocolo de Solicitação de Imunoglobulina Humana Anti-RH (D) I.M. 2mL; ANEXO II
- Formulário de Resultado de análises para o emprego da Imunoglobulina Anti-Rho (D); ANEXO III
- Exames laboratoriais (ABO/ Rh materno e do RN, Coombs indireto).

Deverá ser baixado no sistema Lucedata, assim como o processo da insulina.

A Solicitação de Imunoglobulina Anti-Rh (D) e a receita médica serão guardadas em pasta específica para o preenchimento posterior do relatório.

**OBSERVAÇÃO:** outros casos deverão ser analisados pela Divisão de Atenção à Saúde da Mulher. Para isto, deverão ser enviados por email para a Regional de Saúde os documentos digitalizados:

- prescrição médica;
- justificativa;
- exames laboratoriais (ABO, Rh, Coombs indireto) e idade gestacional.

Aguardar a autorização via email da Regional para a dispensação. Se autorizado, anexar uma cópia do email ao processo.

 <p><b>PREFEITURA MUNICIPAL DE IBIPORÃ</b></p>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP</b>	<b>Código</b>	<b>POP – 005</b>
		<b>Edição</b>	<b>Terceira</b>
		<b>Data</b>	<b>21/09/2022</b>
		<b>Página</b>	<b>Página 9 de 13</b>
<b>ASSUNTO: CONTROLE DE TEMPERATURA, UMIDADE E MEDICAMENTOS TERMOLÁBEIS</b>			

### **2.2.2.2. SOLICITAÇÃO DE MATERGAN À REGIONAL**

Para a solicitação à 17ª Regional de Saúde, deverá ser enviado bimestralmente o MAPA DE MOVIMENTAÇÃO e o RELATÓRIO DE PACIENTES PARA USO DE IMUNOGLOBULINA ANTI-RHO (modelo de formulário retirado do site: <https://drive.google.com/file/d/0B-PcvsfFFKENU1pxMnNPeG9zTUE/view?pref=2&pli=1>).

No Mapa de Movimentação deverá constar a quantidade necessária para a reposição e no Relatório de Pacientes para uso de Imunoglobulina ANTI-RHO deve constar o nome das gestantes, maternidade ou local de aplicação, nº da AIH, data da aplicação e quantidade de frascos utilizados.

Após preenchido, enviar ao email [scine17rs@sesa.pr.gov.br](mailto:scine17rs@sesa.pr.gov.br) da Regional e arquivar online na pasta: Público – Relatórios – Insulina e Matergan.

### **2.2.3 PLANO DE CONTINGÊNCIA REDE DE FRIO**

Caso o equipamento de refrigeração deixe de funcionar por qualquer motivo, este plano de contingência deve ser adotado.

Quando houver a interrupção no funcionamento de energia, o equipamento deve ser mantido fechado e a temperatura interna deve ser rigorosamente monitorada. Quando a temperatura estiver próxima a + 7°C, os produtos deverão ser transferidos para uma caixa térmica ou caixa de isopor com gelox e deverão ser mantidos em temperatura entre +2°C e +8°C até o restabelecimento do equipamento de refrigeração.

### **2.2.4 CUIDADOS COM O EQUIPAMENTO DE REFRIGERAÇÃO**

Além da leitura de temperatura diária do equipamento, alguns cuidados são necessários:

- usar tomada exclusiva para cada equipamento de refrigeração;
- instalá-la em local arejado, distante de fonte de calor, sem incidência de luz solar direta, afastada 20 cm da parede;
- certificar-se de que a porta está vedando adequadamente;
- não armazenar bebidas ou alimentos;
- não colocar qualquer elemento que possa comprometer a circulação de ar;

 <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE IBIPORÃ</b>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP</b>	<b>Código</b>	<b>POP – 005</b>
		<b>Edição</b>	<b>Terceira</b>
		<b>Data</b>	<b>21/09/2022</b>
		<b>Página</b>	<b>Página 10 de 13</b>
<b>ASSUNTO: CONTROLE DE TEMPERATURA, UMIDADE E MEDICAMENTOS TERMOLÁBEIS</b>			

- fazer a limpeza e o degelo a cada 30 dias ou quando a camada de gelo for superior a 1 cm.

ANEXO II

**PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO DE  
 IMUNOGLOBULINA HUMANA Anti-RH (D) I.M. 2ML**

<b>Prestador</b>	
------------------	--

<b>Paciente</b>	
-----------------	--

<b><i>Município de Origem</i></b>	
-----------------------------------	--

<b><i>Patologia CID. 10</i></b>	
---------------------------------	--

<b><i>Prontuário nº</i></b>	
-----------------------------	--

<b><i>AIH nº</i></b>	
----------------------	--

<b><i>Data da retirada</i></b>	
--------------------------------	--



**PREFEITURA  
MUNICIPAL DE  
IBIPORÃ**

**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP**

<b>Código</b>	<b>POP – 005</b>
<b>Edição</b>	<b>Terceira</b>
<b>Data</b>	<b>21/09/2022</b>
<b>Página</b>	<b>Página 11 de 13</b>

**ASSUNTO: CONTROLE DE TEMPERATURA, UMIDADE E MEDICAMENTOS TERMOLÁBEIS**

***Quantidade***

---

Assinatura e Carimbo

Solicitante

ANEXO III



PREFEITURA  
MUNICIPAL DE  
IBIPORÃ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

Código	POP – 005
Edição	Terceira
Data	21/09/2022
Página	Página 12 de 13

ASSUNTO: CONTROLE DE TEMPERATURA, UMIDADE E MEDICAMENTOS TERMOLÁBEIS

Resultado de análises para o emprego da  
Imunoglobulina  
Anti-Rho (D) – KAMRho - D I.M.

IDENTIFICAÇÃO DA PARTURIENTE

Nome: .....

Hospital: .....

Quarto n°: .....

SANGUE MATERNO

1. Grupo sanguíneo: ..... A  B  AB  O

2. Determinação do Fator Rh: ..... -  +

3. Teste de Coombs indireto: ..... -  +

SANGUE DO RECÉM NASCIDO

1. Grupo sanguíneo: ..... A  B  AB  O

2. Determinação do Fator Rh: ..... -  +

3. Teste de Coombs Direto: ..... -  +

Os exames de sangue que justificam o uso do produto,  
bem como a data de sua aplicação devem constar  
obrigatoriamente no prontuário da beneficiária.

Dr. ....

Data: ..... / ..... / .....

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO FATOR Rh

Sra. ....  
Nome da parturiente

Sr. ....  
Nome do Segurado

Nº Matr. ....

Endereço: .....

Cidade: .....

Estado: .....

Executado por: .....

Data: ..... / ..... / .....

Horário: .....

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

AUTORIZAÇÃO PARA O EMPREGO DE  
IMUNOGLOBULINA ANTI-Rho (D)

Conforme solicitação do Dr.

.....  
autorizamos o emprego de Imunoglobulina Anti-Rho  
(D) na paciente

.....  
desde que sua indicação venha ser comprovada no  
puerpério imediato.

A portadora é RH-NEGATIVO e recebeu uma injeção  
protetora de KAMRho -D I.M. Imunoglobulina  
Humana Anti-Rho (D).

**IMPORTANTE:** No caso de nova gestação de feto Rh  
positivo, ou em caso de aborto, ela deverá ser  
considerada candidata a uma nova proteção por  
KAMRho -D I.M. A nova injeção deverá ser aplicada  
também dentro de 72 (setenta e duas) horas após parto  
ou aborto.

Data da injeção de KAMRho -D I.M.: ..... / ..... / .....

Hospital: .....

Médico responsável:

.....  
Nome por extenso

.....  
Assinatura

3200007376-02

Elaborado por:

Revisado por:

Aprovado por:

 <p><b>PREFEITURA MUNICIPAL DE IBIPORÃ</b></p>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP</b>	<b>Código</b>	<b>POP – 005</b>
		<b>Edição</b>	<b>Terceira</b>
		<b>Data</b>	<b>21/09/2022</b>
		<b>Página</b>	<b>Página 13 de 13</b>
<b>ASSUNTO: CONTROLE DE TEMPERATURA, UMIDADE E MEDICAMENTOS TERMOLÁBEIS</b>			

Lilian Mayumi Tanida Farmacêutica Assistente	Juliana Motta Gonçalves de Jesus Farmacêutica	Aline Emi Tanida Farmacêutica Responsável Técnica
---	--	--