 <p>PREFEITURA MUNICIPAL DE IBIPORÃ</p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	Código	POP – 007
		Edição	Terceira
		Data	21/09/2022
		Página	Página 1 de 15
ASSUNTO: BALANÇO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS			

1 – OBJETIVO

Padronizar os procedimentos de distribuição dos medicamentos psicotrópicos e da formulação do Balanço de Medicamentos Psicoativos e de outros sujeitos a Controle Especial (BMPO) de acordo com a Portaria 344/98.

2 – PROCEDIMENTO

Os medicamentos sujeitos a controle especial ficam guardados sob chave em armários de aço e em local exclusivo. São dispensados segundo determina a Portaria 344/98.

2.1. LISTA DOS MEDICAMENTOS:

a) NOTIFICAÇÃO DE RECEITA “A”

- LISTA A1 - SUBSTÂNCIAS ENTORPECENTES: Metadona, Morfina.

- LISTA A2 - SUBSTÂNCIAS ENTORPECENTES DE USO PERMITIDO SOMENTE EM CONCENTRAÇÕES ESPECIAIS: **Não temos.**

(Preparações a base de ACETILDIIIDROCODEÍNA, **CODEÍNA**, DIIDROCODEÍNA, ETILMORFINA, FOLCODINA, NICODICODINA, NORCODEÍNA, misturadas a um ou mais componentes, em que a quantidade de entorpecentes não exceda 100 miligramas por unidade posológica, e em que a concentração não ultrapasse a 2,5% nas preparações de formas indivisíveis ficam sujeitas prescrição da **Receita de Controle Especial, em 2 (duas) vias**).

- LISTA A3 - SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS: Metilfenidato.


b) NOTIFICAÇÃO DE RECEITA “B”

- LISTA B1- SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS: Clonazepam, Diazepam, Bromazepam, Clobazam

- LISTA B2 - SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS ANOREXÍGENAS: **Não temos.**

c) RECEITA BRANCA DE CONTROLE ESPECIAL EM DUAS VIAS

- LISTA C1 - SUBSTÂNCIAS SUJEITAS A CONTROLE ESPECIAL: Ácido Valpróico, Amitriptilina, Biperideno, Bupropiona, Carbamazepina, Clomipramina, Clorpromazina, Fenitoína, Fenobarbital, Fluoxetina, Haloperidol, Imipramina, Carbonato de Lítio, Levomepromazina, Nortriptilina, Periciazina, Tioridazina, Gabapentina, Tramadol, Pregabalina, Risperidona, Topiratamato,

 <p>PREFEITURA MUNICIPAL DE IBIPORÃ</p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	Código	POP – 007
		Edição	Terceira
		Data	21/09/2022
		Página	Página 2 de 15
ASSUNTO: BALANÇO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS			

Oxcarbazepina, Amantadina, Donepezila, Clozapina, Galantamina, Entacaona, Leflunomida, Lamotrigina, Levetiracetam, Olanzapina, Memantina, Pramipexol, Quetiapina, Rasagilina, Ziprazidona, Rivastigmina.

- LISTA C4 - ANTIRETROVIRAIS: **Não temos.**
- LISTA C5 - ANABOLIZANTES: **Não temos.**
- LISTA A1; A2; B1 - ADENDOS DAS LISTAS: Temos a Codeína 30mg.

d) NOTIFICAÇÃO DE RECEITA “RETINÓIDES”

- LISTA C2 - RETINÓIDES SISTÊMICOS: Isotretinoína e Acitretina

e) NOTIFICAÇÃO DE RECEITA “TALIDOMINA”

- LISTA C3 – IMUNOSSUPRESSORES: Talidomida.


2.2. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A DISPENSAÇÃO DOS MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

Para a dispensação é necessário que o paciente ou a pessoa que vai retirar pelo paciente apresente um documento com foto, a notificação da receita/receita e, quando possível, a carteirinha do posto.

A Receita de Controle Especial e a Notificação de Receita devem estar preenchidas de forma legível, com a quantidade escrita em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura. Também devem estar preenchidos o nome e o endereço completo do paciente e a data de emissão, assim como conter carimbo e assinatura do médico solicitante.

2.2.1. NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

A Notificação de Receita é o documento necessário para a dispensação de medicamentos a base de substâncias constantes das listas “A1” e “A2” (entorpecentes), “A3”, “B1” e “B2” (psicotrópicas), “C2” (retinóicas para uso sistêmico) e “C3” (imunossupressoras).


 PREFEITURA MUNICIPAL DE IBIPORÃ	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	Código	POP – 007
		Edição	Terceira
		Data	21/09/2022
		Página	Página 3 de 15
ASSUNTO: BALANÇO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS			

MODELO DE NOTIFICAÇÃO DE RECEITA “A”:

<p>NOTIFICAÇÃO DE RECEITA</p> <p>UF _____ NÚMERO _____</p> <p style="font-size: 2em; text-align: center;">A</p> <p>Data ____ de ____ de ____</p>	<p>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</p> <p>Paciente _____</p> <p>Endereço _____</p> <p>Assinatura do Emissor _____</p>	<p>ESPECIALIDADE FARMACÊUTICA</p> <p>Nome: _____</p> <p>Quantidade e Apresentação _____</p> <p>Forma Farm. Concent. Únid. Posologia _____</p>	<p>IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</p> <p>Nome _____</p> <p>Data ____/____/____</p>
<p>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</p> <p>Nome: _____</p> <p>Endereço: _____</p> <p>Identidade Nº _____ Órgão Emissor _____ Telefone: _____</p>			

Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CGC

- a) A Notificação de Receita "A" será válida por 30 (trinta) dias a contar da data de sua emissão em todo o Território Nacional, sendo necessário que seja acompanhada da receita médica com justificativa do uso, quando para aquisição em outra Unidade Federativa. As farmácias ou drogarias ficarão obrigadas a apresentar dentro do prazo de 72 (setenta e duas) horas, à Autoridade Sanitária local, as Notificações de Receita "A" procedentes de outras Unidades Federativas, para averiguação e visto.
- b) A Notificação de Receita "A" poderá conter no máximo de 5 (cinco) ampolas e para as demais formas farmacêuticas de apresentação, poderá conter a quantidade correspondente no máximo a 30 (trinta) dias de tratamento.
- c) Acima das quantidades previstas neste Regulamento Técnico, o prescritor deve preencher uma justificativa contendo o CID (Classificação Internacional de Doença) ou diagnóstico e posologia, datar e assinar, entregando juntamente com a Notificação de Receita “A” ao paciente para adquirir o medicamento em farmácia e drogaria. No momento do envio da Relação Mensal de Notificações de Receita “A” – RMNRA à Autoridade Sanitária Estadual, Municipal ou do Distrito Federal, os estabelecimentos deverá enviar a Notificação de Receita “A” acompanhada da justificativa.

 PREFEITURA MUNICIPAL DE IBIPORÃ	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	Código	POP – 007
		Edição	Terceira
		Data	21/09/2022
		Página	Página 4 de 15
ASSUNTO: BALANÇO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS			


MODELO DE NOTIFICAÇÃO DE RECEITA B:

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA UF _____ NÚMERO _____ <div style="text-align: center; font-size: 2em; font-weight: bold;">B</div>	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE _____ _____ Paciente: _____ Endereço: _____ Assinatura do Emitente _____	Medicamento ou Substância _____ Quantidade e Forma Farmacéutica _____ Dose por Unidade Posológica _____ Posologia _____
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome: _____ Endereço: _____ Telefone: _____ Identidade N°: _____ Órgão Emissor: _____ <small>Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CGC</small>	CARIMBO DO FORNECEDOR _____ / ____ / ____ <small>Numeração desta impressão: de _____ a _____</small>	

- a) A Notificação de Receita "B", de cor azul, impressa as expensas do profissional ou da instituição, terá validade por um período de 30 (trinta) dias contados a partir de sua emissão e somente dentro da Unidade Federativa que concedeu a numeração.
- b) Poderá conter no máximo 5 (cinco) ampolas e, para as demais formas farmacêuticas, a quantidade para o tratamento correspondente no máximo a 60 (sessenta) dias.

MODELO DE NOTIFICAÇÃO DE RECEITA TALIDOMIDA

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA DE TALIDOMIDA	
Notificação de Receita de Talidomida UF _____ NÚMERO _____ CID _____	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> ATENÇÃO </div> <p style="font-size: 0.8em;">"Proibida para mulheres grávidas ou com chance de engravidar" "Talidomida causa o nascimento de crianças sem braços e sem pernas"</p>
1 - IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO Nome: _____ Nº. do Cadastro: _____ End.: _____ Especialidade: _____ CRM: nº. _____ UF: _____ Data: _____ Assinatura e Carimbo: _____	
2 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE Nome: _____ Data de Nascimento: _____ Sexo: _____ Telefone (se houver): _____ Endereço: _____ Documento Oficial de Identificação nº: _____ Órgão emissor: _____	
3 - IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE (SE FOR O CASO) Nome: _____ Endereço: _____ Telefone (se houver): _____ Documento Oficial de Identificação nº: _____ Órgão emissor: _____	
4 - IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO Quantidade de comprimidos (em algarismos arábicos e por extenso): _____ Dose por Unidade Posológica: (Ex.: 100mg) _____ Posologia: _____ Tempo de tratamento: _____ Outras orientações (se houver): _____	
5 - DADOS SOBRE A DISPENSAÇÃO Quantidade (Comprimidos): _____ nº do lote: _____ Nome do Farmacêutico Dispensador: _____ CRF nº: _____ Assinatura e Carimbo de Responsável Técnico _____ Data: _____	
6 - CARIMBO DA UNIDADE PÚBLICA DISPENSADORA (nome, endereço completo e telefone)	
<small>Identificação da Gráfica: nome, endereço, CNPJ e nº de autorização concedido pela Autoridade Sanitária Competente. (2 Vias) 1ª via: paciente; 2ª via: unidade pública dispensadora</small>	

 PREFEITURA MUNICIPAL DE IBIPORÃ	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	Código	POP – 007
		Edição	Terceira
		Data	21/09/2022
		Página	Página 5 de 15
ASSUNTO: BALANÇO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS			

Indicações Previstas para Tratamento com a Talidomida Contidas no Anexo III da RDC nº 11, de 22 de março de 2011.

Última Atualização [RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA – RDC Nº 50, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2015](#)

Doenças	CID
Hanseníase: Reação hansênica tipo eritema nodoso ou tipo II	A 30
DST/AIDS: Úlceras aftóides idiopáticas em pacientes portadores de HIV/AIDS	B 23.8
Doenças crônico-degenerativas:	
Lúpus eritematoso sistêmico	M 32
Lúpus eritematoso discoide	L 93.0
Lúpus eritematoso cutâneo subagudo	L 93.1
Doença enxerto contra hospedeiro	T 86.0
Mieloma Múltiplo	C 90
Síndrome Mielodisplásica (SMD): em pacientes refratários à eritropoietina	
Anemia refratária sem sideroblastos em anel;	D46.0
Anemia refratária com sideroblastos em anel; e	D46.1
Anemia refratária não especificada	D46.4

- a) Para os casos de TALIDOMIDA da lista C3, o paciente deverá receber, juntamente com o medicamento, o "Termo de Esclarecimento" bem como deverá ser preenchido e assinado um "Termo de Responsabilidade" pelo médico que prescreveu a Talidomida, em duas vias, devendo uma via ser encaminhada à Coordenação Estadual do Programa, conforme legislação sanitária específica em vigor e a outra permanecer no prontuário do paciente.



PREFEITURA
MUNICIPAL DE
IBIPORÃ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

Código POP – 007

Edição Terceira

Data 21/09/2022

Página Página 6 de 15

ASSUNTO: BALANÇO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

TERMO DE RESPONSABILIDADE/ESCLARECIMENTO (TALIDOMIDA)

TERMO DE RESPONSABILIDADE / ESCLARECIMENTO PARA MULHERES COM MAIS DE 55 ANOS DE IDADE OU PARA HOMENS DE QUALQUER IDADE

A ser preenchido pelo (a) médico (a):

Eu, Dr.(a) _____ registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado _____ sob o número _____ sou o responsável pelo tratamento e acompanhamento do(a) paciente _____ do sexo masculino feminino com idade de _____ anos completos, com diagnóstico de _____ para quem estou indicando o medicamento à base de talidomida.

1. Informe verbalmente ao paciente que este produto tem alto risco de causar graves defeitos congênitos no corpo dos bebês de mulheres que o utilizam na gravidez, que não evita filhos e que não provoca aborto. Portanto somente pode ser utilizado por ele (a). Não pode ser passado para nenhuma outra pessoa.
2. Informe verbalmente também que a talidomida pode causar problemas como sonolência, neuropatia periférica e pseudo abdome agudo.
3. Informe verbalmente ao paciente que poderá ser responsabilizado (a) na justiça, caso repasse o medicamento a base de talidomida a outra pessoa; deixe alguém tomar este medicamento no seu lugar ou use-o indevidamente.
4. Informe que o medicamento deve ser guardado em local seguro.
5. Recomendei ao paciente do sexo masculino que utilize preservativo durante todo o tratamento com Talidomida e 30 (trinta dias) após o término e que informe a sua parceira e familiares o potencial risco da droga.
6. Informe que em caso de interrupção do uso deste medicamento, por qualquer motivo, este deve ser entregue à Autoridade Sanitária competente que providenciará a inutilização.
7. Certifique-me que o (a) paciente compreendeu as informações acima descritas.

Assinatura e carimbo do (a) médico (a): _____ C.R.M.: _____ Data: ____/____/____

A ser preenchido pelo (a) paciente:

Eu, _____ Carteira de Identidade nº _____

Órgão Expedidor _____ residente na rua _____

Cidade _____ Estado _____ e telefone _____

Recebi pessoalmente as informações do prescritor sobre o tratamento e:

NÃO CONCORDO COM O TRATAMENTO E NÃO UTILIZAREI A TALIDOMIDA

Assinatura: _____

CONCORDO que vou fazer e declaro que entendi as orientações prestadas. Entendo que este remédio é só meu e que não devo passá-lo para ninguém.

Assinatura: _____

Nome e Assinatura do responsável caso o (a) paciente seja menor de 18 anos, analfabeto, incapaz ou impossibilitado de locomoção:

Eu, _____, R.G. _____, órgão expedidor _____, responsável pelo (a) paciente _____, comprometo-me a repassar todas estas orientações do prescritor ao (a) paciente e estou ciente da minha responsabilidade solidária de evitar o uso indevido do medicamento.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____



PREFEITURA
MUNICIPAL DE
IBIPORÃ

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP

Código	POP – 007
Edição	Terceira
Data	21/09/2022
Página	Página 7 de 15

ASSUNTO: BALANÇO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

**TERMO DE RESPONSABILIDADE / ESCLARECIMENTO PARA
PACIENTES DO SEXO FEMININO, MENORES DE 55 ANOS DE IDADE**

A ser preenchido pelo (a) médico (a):

1. Informei verbalmente a paciente, com diagnóstico de _____, que o medicamento a base de talidomida tem altíssimo risco de causar deficiências graves no corpo do bebê se for consumido pela mãe durante a gravidez. Estas deficiências ocorrem no período bem inicial de formação do bebê, quando a maioria das mulheres ainda não sabe que está grávida.
2. Informei verbalmente à paciente que a talidomida pode causar sonolência, neuropatia periférica e pseudo-ebriose aguda; que a talidomida não provoca aborto e não evita filhos e que não deve passar este medicamento para ninguém.
3. Expliquei verbalmente que como este remédio fica no corpo durante algum tempo após o tratamento e pode causar defeitos em bebês mesmo quando eles já terminou o tratamento, ela deve aguardar 30 dias antes de tentar engravidar após terminar o tratamento com talidomida.
4. Informei verbalmente à paciente que poderá ser responsabilizada na justiça, caso repasse o medicamento a base de talidomida a outra pessoa; deixe alguém tomar este medicamento no seu lugar ou use-o indevidamente.
5. Informei que o medicamento deve ser guardado em local seguro.
6. Concluí, por meio de teste de gravidez de **ALTA SENSIBILIDADE** (que detecta gravidez desde o primeiro dia de atraso menstrual), que a paciente não está grávida:
Data do Teste: _____ Resultado: _____
Nome do laboratório onde foi realizado o teste: _____
7. Certifique-me que a paciente está utilizando 2 (dois) métodos para evitar gravidez altamente eficazes, sendo um deles de barreira:
Métodos anticoncepcionais em uso: _____ Data do início: _____
8. Informe à paciente que o seu parceiro deve usar preservativo nas relações sexuais ocorridas durante o tratamento.
9. Solicite à paciente que me mantenha sempre informado (a) sobre as reações adversas à medicação, ou sobre qualquer problema com a anticoncepção durante o tratamento, retornando à consulta periodicamente conforme estabelecido.
10. Informei verbalmente a paciente que caso venha a suspeitar que esteja grávida, deverá parar imediatamente o tratamento e me procurar.
11. Informei que em caso de interrupção do uso deste medicamento, por qualquer motivo, este deve ser entregue à Autoridade Sanitária competente que providenciará a inutilização.
12. Certifique-me que a paciente compreendeu todas as informações por mim prestadas.

Assinatura e Carimbo do (a) Médico (a): _____ C.R.M.: _____

A ser preenchido pela paciente:

Eu, _____, Carteira de Identidade nº _____

Órgão Expedidor _____ residente na rua _____

Cidade _____ Estado _____ e telefone _____

recebi pessoalmente as informações do prescritor sobre o tratamento e:

NÃO CONCORDO COM O TRATAMENTO E NÃO UTILIZAREI A TALIDOMIDA

Assinatura: _____


CONCORDO que vou fazer o tratamento e declaro que recebi pessoalmente as informações sobre o tratamento que vou fazer e declaro que entendi as orientações prestadas e me comprometo a cumprir as medidas para evitar a gravidez durante o tratamento e no prazo previsto no item 3, após o tratamento. Entendo que este remédio é só meu e que não devo passá-lo para ninguém.

Assinatura: _____

Nome e Assinatura do responsável caso a paciente seja menor de 18 anos, analfabeta, incapaz ou impossibilitado de locomoção:
Eu, _____, RG _____, órgão expedidor _____, responsável pelo paciente _____, comprometo-me a repassar todas estas orientações do prescritor à paciente e estou ciente da minha responsabilidade solidária de evitar o uso indevido do medicamento.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

- b) A Notificação é válida somente no estado em que foi emitida. Quando houver a necessidade de aquisição em outra unidade federativa deverá estar acompanhada de justificativa do uso.
- c) A Notificação tem validade de 20 dias após sua emissão.
- d) A quantidade de Talidomida por prescrição, em cada Notificação de Receita, não poderá ser superior à necessária para o tratamento de 30 (trinta) dias.
- e) Dados Sobre a Dispensação: deve ser preenchido contendo a quantidade de comprimidos e número do lote e nome completo do Farmacêutico dispensador, número de inscrição no Conselho Regional de Farmácia (CRF), assinatura, carimbo e data. O farmacêutico, no ato da dispensação do medicamento talidomida, deverá preencher os campos existentes na embalagem secundária do referido medicamento e orientar o paciente sobre o uso correto,

 PREFEITURA MUNICIPAL DE IBIPORÃ	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	Código	POP – 007
		Edição	Terceira
		Data	21/09/2022
		Página	Página 8 de 15
ASSUNTO: BALANÇO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS			


conforme a prescrição medica e os riscos relacionados. (art. 31 da RDC nº 11, de 22 de marco de 2011).

- f) A primeira via da Notificação de Receita de Talidomida será devolvida ao paciente devidamente carimbada, como comprovante da dispensação, e a segunda via será retida pela unidade publica dispensadora (art. 32 da RDC nº 11, de 22 de marco de 2011).
- g) O farmacêutico da unidade pública dispensadora somente poderá dispensar o medicamento talidomida quando todos os itens da Notificação de Receita e do Termo de Responsabilidade/ Esclarecimento estiverem devidamente preenchidos e legíveis (art. 33 da RDC nº 11, de 22 de marco de 2011).
- h) Realizar a baixa e controle do medicamento via Sistema GSUS

2.2.2. RECEITA

O formulário da Receita de Controle Especial, válido em todo o Território Nacional, deverá ser preenchido em 2 (duas) vias, manuscrito, datilografado ou informatizado, apresentando, obrigatoriamente, em destaque em cada uma das vias os dizeres: "1ª via - Retenção da Farmácia ou Drogeria" e "2ª via - Orientação ao Paciente".

Deverá estar escrita de forma legível, a quantidade em algarismos arábicos e por extenso, sem emenda ou rasura e terá validade de 30 (trinta) dias contados a partir da data de sua emissão para medicamentos a base de substâncias constantes das listas "C1" (outras substâncias sujeitas a controle especial).

 PREFEITURA MUNICIPAL DE IBIPORÃ	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	Código	POP – 007
		Edição	Terceira
		Data	21/09/2022
		Página	Página 9 de 15
ASSUNTO: BALANÇO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS			

MODELO DE RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nome Completo:</td> </tr> <tr> <td>CRM UF Nº</td> </tr> <tr> <td>Endereço Completo e Telefone:</td> </tr> <tr> <td>Cidade: UF:</td> </tr> </tbody> </table>	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	Nome Completo:	CRM UF Nº	Endereço Completo e Telefone:	Cidade: UF:	<p>1ª VIA FARMÁCIA</p> <p>2ª VIA PACIENTE</p>			
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE									
Nome Completo:									
CRM UF Nº									
Endereço Completo e Telefone:									
Cidade: UF:									
Paciente: Endereço: Prescrição:									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NOME:</td> </tr> <tr> <td>Ident: Org. Emissor:</td> </tr> <tr> <td>End:</td> </tr> <tr> <td>Cidade: UF:</td> </tr> <tr> <td>Telefone:</td> </tr> </tbody> </table>	IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	NOME:	Ident: Org. Emissor:	End:	Cidade: UF:	Telefone:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 40px;">ASSINATURA DO FARMACÊUTICO _____</td> </tr> </tbody> </table>	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO _____
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR									
NOME:									
Ident: Org. Emissor:									
End:									
Cidade: UF:									
Telefone:									
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR									
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO _____									

Somente poderão ser aviadas as receitas quando prescritas por profissionais devidamente habilitados e com os campos descritos abaixo devidamente preenchidos:


a) Identificação do emitente: impresso em formulário do profissional ou da instituição, contendo o nome e endereço do consultório e/ ou da residência do profissional, n.º da inscrição no Conselho Regional e no caso da instituição, nome e endereço da mesma;

b) Identificação do usuário: nome e endereço completo do paciente, e no caso de uso veterinário, nome e endereço completo do proprietário e identificação do animal;

c) nome do medicamento ou da substância prescrita sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB), dosagem ou concentração, forma farmacêutica, quantidade (em algarismos arábicos e por extenso) e posologia;

d) data da emissão;

e) assinatura do prescritor: quando os dados do profissional estiverem devidamente impressos no cabeçalho da receita, este poderá apenas assiná-la. No caso de o profissional pertencer a uma instituição ou estabelecimento hospitalar, deverá identificar sua assinatura, manualmente de forma legível ou com carimbo, constando a inscrição no Conselho Regional;

 PREFEITURA MUNICIPAL DE IBIPORÃ	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	Código	POP – 007
		Edição	Terceira
		Data	21/09/2022
		Página	Página 10 de 15
ASSUNTO: BALANÇO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS			

f) identificação do registro: na receita retida, deverá ser anotada no verso, a quantidade aviada.

A prescrição poderá conter em cada receita, no máximo 3 (três) substâncias constantes da lista "C1" (outras substâncias sujeitas a controle especial) da Portaria 344/98 e de suas atualizações, ou medicamentos que as contenham.

A quantidade prescrita de cada substância constante da lista "C1" (outras substâncias sujeitas a controle especial) da Portaria 344/98 e de suas atualizações, ou medicamentos que as contenham, ficará limitada a 5 (cinco) ampolas e para as demais formas farmacêuticas, a quantidade para o tratamento correspondente a no máximo 60 (sessenta) dias, inclusive os ANTICONVULSIVANTES e ANTIPARKINSONIANOS.

2.3. DISPENSAÇÃO


- a) Para a dispensação é feita a conferência da Receita/Notificação de receita de acordo com a legislação e itens anteriores deste POP;
- b) É preenchido o campo dos dados do comprador na Receita/Notificação;
- c) Carimbado no verso da Receita/Notificação para descrição da medicação dispensada, quantidade e lote, além da data da dispensação e assinatura do solicitante e do responsável pela dispensação;
- d) É dada a baixa da medicação no nome do paciente no sistema Lucedata.

Farmácia —————> Saída de Medicamentos (F7)

2.4. ESCRITURAÇÃO

Ao final do mês é feita a impressão do Relatório de Medicamentos Controlados dispensados no sistema Lucedata. Nele consta por medicação, quais pacientes receberam os medicamentos por data e quantidade.

Farmácia —> Relatórios —> Livro de Registros Controlados

 PREFEITURA MUNICIPAL DE IBIPORÃ	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	Código	POP – 007
		Edição	Terceira
		Data	21/09/2022
		Página	Página 11 de 15
ASSUNTO: BALANÇO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS			

CLONAZEPAM 2 5MG/ML GTS

1

DATA			HISTÓRICO	MOVIMENTO			Estoque	Médico
Dia	Mês	Ano		Entrada	Saida	Perdas		
04	01	2016	DALVA ALVES DELPIN		2		322	NICOLAU PEPELIASCOV
04	01	2016	MARIA GAMA DA SILVA		2		320	PAULO TSUCHIYA
04	01	2016	MARCOS VENICIUS DA SILVA		2		318	JOSE CARLOS AOKI
04	01	2016	INAMAR DA SILVA ANDREGUETTI		2		316	JOSE CARLOS AOKI
05	01	2016	NIVALCINA APARECIDA BISCAIA		1		315	ORBE RODRIGUEZ RODNEY
05	01	2016	YOLANDA DE OLIVEIRA GARCIA		2		313	JULIO GUILLERMO ESTRADA ESTRAD
06	01	2016	MARIA APARECIDA DA SILVA		2		311	KARINA RAMIREZ RODRIGUEZ
06	01	2016	JOAO GUILHERME DA SILVA		2		309	KARINA RAMIREZ RODRIGUEZ
07	01	2016	NF: 11/2015 20 - CONSORCIO PARANA SAUDE	90			399	
07	01	2016	JURACI PEREIRA		2		397	PAULO KIYOSHI TAKATA
07	01	2016	MARIA MUNHOZ PARANZINI		1		396	JOSE CARLOS AOKI
07	01	2016	ODETE DOS SANTOS ALEIXO		2		394	JOSE CARLOS AOKI
08	01	2016	JOSE DIVINO BORGES DA COSTA		1		393	EDMUNDO APARECIDO BITTENCOURT
08	01	2016	NOEMIA RODRIGUES DA COSTA		2		391	EDMUNDO APARECIDO BITTENCOURT
08	01	2016	ANA MARIA DO NASCIMENTO		2		389	MEDICO DE ESPECIALIDADES LONDR
08	01	2016	LUCIANE ARAUJO DELFINO		1		388	JOSE CARLOS AOKI
08	01	2016	ANTONIO TIRADO COSTA		1		387	JOSE CARLOS AOKI
08	01	2016	MADALENA DA SILVA CARDOSO DE OLIVEIRA		3		384	ELCIO DE OLIVEIRA FILHO
11	01	2016	EDNA ANDRADE FENTI		1		383	JOSE CARLOS AOKI
11	01	2016	MARIA NEUZA SILVA DA LUZ		2		381	ORBE RODRIGUEZ RODNEY
11	01	2016	MARIA FATIMA DE ALMEIDA AGUILERA		2		379	KARINA RAMIREZ RODRIGUEZ
11	01	2016	VIMARA LUCIA ALVES		2		377	JULIO GUILLERMO ESTRADA ESTRAD
12	01	2016	MARIA LEAL BARBIERI		2		375	EDMUNDO APARECIDO BITTENCOURT
12	01	2016	GIL CLEVERSON FRANCO DE CAMARGO		2		373	JOSE DANTAS GRION NETO
12	01	2016	JOAQUIM BALBINO FIGUEIREDO		2		371	ORBE RODRIGUEZ RODNEY
12	01	2016	LUCIANO DA SILVA		2		369	JUAN FRANCISCO CASTANEDO GRAND
13	01	2016	DORALCY PAIVA DIAS		3		366	JAMES ALBERTO DE CASTRO MOTTA
13	01	2016	RENATA AMBROSIO FARIA		2		364	MEDICO DE ESPECIALIDADES LONDR
13	01	2016	SEBASTIANA DE SOUZA SILVA		2		362	JOSE CARLOS AOKI
13	01	2016	MANOEL APARECIDO DOS SANTOS		2		360	JOSE CARLOS AOKI
13	01	2016	ANA MIRAQUEL PEREIRA LIBORIO		2		358	JUAN FRANCISCO CASTANEDO GRAND
13	01	2016	CLOTILDE DA SILVA SOUZA		2		356	JUAN FRANCISCO CASTANEDO GRAND
14	01	2016	LICERDA RAMOS PIRES		2		354	EDMUNDO APARECIDO BITTENCOURT
14	01	2016	MARIA PEREIRA COUTINHO		1		353	GLAUCYANE FAKER


Estes Relatórios ficam arquivados em uma pasta específica por pelo menos 5 anos.

2.5. BALANÇOS

O Balanço de Medicamentos Psicoativos e de Outros Sujeitos a Controle Especial (BMPO) destina-se ao registro do fornecimento de medicamentos a base de substâncias constantes das listas da Portaria 344/98. Ele será preenchido com a movimentação do estoque destas substâncias, em 2 (duas) vias, e remetido à Autoridade Sanitária pelo farmacêutico responsável trimestralmente até o dia 15 (quinze) dos meses de abril, julho, outubro e janeiro. O Balanço Anual deverá ser entregue até o dia 31 (trinta e um) de janeiro do ano seguinte.

Após o visto da Autoridade Sanitária, o destino das vias será:

- 1ª via retida pela Autoridade Sanitária;
- 2ª via retida na instituição.


 PREFEITURA MUNICIPAL DE IBIPORÃ	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	Código	POP – 007
		Edição	Terceira
		Data	21/09/2022
		Página	Página 12 de 15
ASSUNTO: BALANÇO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS			

Modelo de BMPO

1									
2		SECRETARIA DE SAÚDE DE IBIPORÃ							
3		Autoridade Sanitária de Ibiporã							
4		BALANÇO DE MEDICAMENTOS PSICOATIVOS E OUTROS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL-BMPO							
5									
6		IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO							
7									
8		FARMÁCIA MUNICIPAL DE IBIPORÃ							
9		Razão Social							
10		RUA PAULO FRONTIN 596							
11		Endereço							
12									
13		CNPJ: 76.244.961/0001-03				Nº da Licença de Funcionamento:			
14		TELEFONE: (43)3178-0321							
15									
16		IDENTIFICAÇÃO DO FORMULÁRIO							
17									
18		Balanco: Exercício	2022	Anual	Trimestral	Período 01/05/2022 a 30/06/2022			
19									
20									
21		IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO							
22									
23		Preenchido por: Juliana Motta Gonçalves de Jesus			CRF: 24829	Região: Paraná	Data 01/07/2022		
24									
25									
26		IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO (Uso Exclusivo da Autoridade Sanitária Local)							
27									
28		Recebido por:			RG:	Cargo:	Data:		
29									
30		Conferido por:			RG:	Cargo:	Data:		
31									
32									
33		PÁG.00							

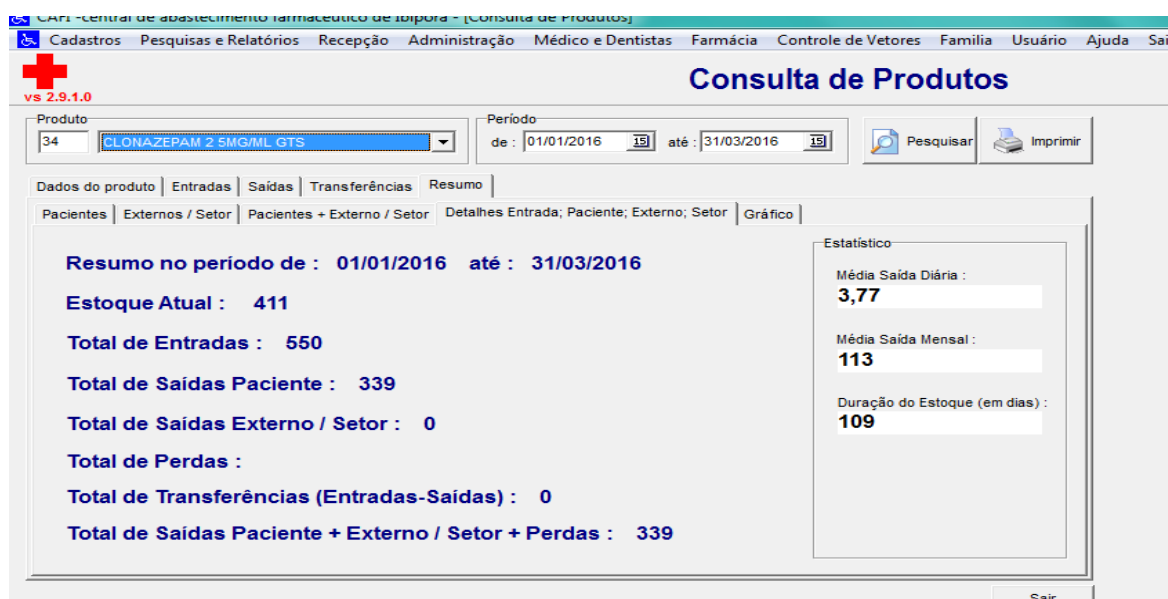
2.5.1. RELAÇÃO MENSAL DE NOTIFICAÇÕES DE RECEITA “A”

A Relação Mensal de Notificações de Receita “A” (RMNRA) destina-se ao registro das Notificações de Receita “A” retidas em farmácias quando da dispensação de medicamentos a base de substâncias constantes das listas “A1” e “A2” (entorpecentes) e “A3” (psicotrópicas), a qual será encaminhada junto com as respectivas notificações à Autoridade Sanitária, pelo farmacêutico responsável, até o dia 15 (quinze) de cada mês, em 2 (duas) vias, sendo uma das vias retida pela Autoridade Sanitária e a outra devolvida ao estabelecimento depois de visada.

 PREFEITURA MUNICIPAL DE IBIPORÃ	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	Código	POP – 007
		Edição	Terceira
		Data	21/09/2022
		Página	Página 14 de 15
ASSUNTO: BALANÇO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS			

As informações para o preenchimento do Balanço Completo são retiradas do sistema Lucedata.

Farmácia → Histórico dos Produtos → Selecciona a Medicação



Consulta de Produtos

Produto: 34 CLONAZEPAM 2 5MG/ML GTS | Período: de 01/01/2016 até 31/03/2016

Resumo no período de : 01/01/2016 até : 31/03/2016

Estoque Atual : 411

Total de Entradas : 550

Total de Saídas Paciente : 339

Total de Saídas Externo / Setor : 0

Total de Perdas :

Total de Transferências (Entradas-Saídas) : 0

Total de Saídas Paciente + Externo / Setor + Perdas : 339

Estatístico

Média Saída Diária : **3,77**

Média Saída Mensal : **113**

Duração do Estoque (em dias) : **109**


2.6. OUTRAS DISPOSIÇÕES

Os profissionais, serviços médicos e/ou ambulatoriais poderão possuir, na maleta de emergência, até 3 (três) ampolas de medicamentos entorpecentes e até 5 (cinco) ampolas de medicamentos psicotrópicos, para aplicação em caso de emergência, ficando sob sua guarda e responsabilidade.

REFERÊNCIAS

http://www.crf-pr.org.br/uploads/noticia/20528/manual_cim_2015.pdf

http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/hans/pdf/TALIDOMIDA_RES-MS-ANVISA-RDC-11.pdf

 <p>PREFEITURA MUNICIPAL DE IBIPORÃ</p>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP	Código	POP – 007
		Edição	Terceira
		Data	21/09/2022
		Página	Página 15 de 15
ASSUNTO: BALANÇO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS			

Elaborado por: Lilian Mayumi Tanida Farmacêutica Assistente	Revisado por: Juliana Motta Gonçalves de Jesus Farmacêutica Assistente	Aprovado por: Aline Emi Tanida Farmacêutica Substituta
--	---	---