

São Paulo, 20 de agosto de 2015.

NOTA TÉCNICA 1A.

**REFERENTE À ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS
NAS UNIDADES DE SAÚDE DA SMS-SP**

SUBSTITUI A NOTA TÉCNICA DE ENFERMAGEM Nº 1, DE 13 DE SETEMBRO DE 2013

Frente à necessidade de organizar os atendimentos, cuidados e procedimentos, principalmente os medicamentos injetáveis de origem externa nas unidades de atendimento da SMS-SP, as áreas: CAB-Enfermagem, EMAD, AMA, CRAEA e COVISA, orientam:

Quadro I

A Administração de Medicamentos de origem externa pelas Unidades de Saúde será **REALIZADA QUANDO:**

a-	Os medicamentos regularizados junto à ANVISA conforme legislação vigente (consultar bula/caixa). Mediante apresentação de receita médica contendo assinatura, carimbo, nº da entidade de classe, endereço (origem) do prescritor e prescrição medicamentosa legível.
b-	Em pacientes munidos de documento, que o identifique como possuidor da receita médica apresentada, ou tenha prontuário na Unidade.
c-	Nos tratamentos que não tenham necessidade de repouso além do horário de funcionamento da unidade.
d-	Em incapazes ou crianças devidamente acompanhados dos responsáveis (cças < 09a, 11m, 29d).
e-	Em adolescentes (>10 a) desacompanhados medicar se: Identificado como capaz de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo. Ver Art. 3º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).
f-	Com EPIs de uso rotineiro na unidade, que não requeiram o uso de EPIs especiais para o cumprimento da biossegurança.
g-	Quando resultem em resíduos sólidos (lixo) que não necessitem de acondicionamento, destino e coleta especial para o cumprimento da biossegurança (que esteja fora da rotina realizada na unidade).
h-	Quando o acondicionamento do medicamento apresentado não coloque em dúvida sua eficácia.
i-	Quando necessário controle térmico, o medicamento deverá estar acondicionado adequadamente (conforme orientação do fabricante).

Quadro II

Para tratamentos em pacientes sem cadastro na unidade, deverá ser registrado em folha eventual:

	Identificação do paciente
1.	Número de registro na ANVISA (Ex.: Reg. MS – 1.2222.3333.444-5)
2.	Nome do prescritor
3.	Registro da entidade de classe do prescritor
4.	Endereço e telefone do prescritor
5.	Patologia em tratamento referida pelo paciente, ou indicada na receita, ou com o documento de referência e contrarreferência
6.	Nome comercial do medicamento, exceto para genéricos
7.	Denominação comum brasileira
8.	Concentração e forma farmacêutica
9.	Via de administração e dosagem
10.	Tempo de tratamento com o referido medicamento
11.	Número do lote
12.	Orientação farmacêutica
13.	Plano de intervenção, quando houver.
14.	Registrar horário, datar, assinar e carimbar com inscrição no Conselho Regional de Enfermagem.




Quadro III

Para tratamentos em pacientes com cadastro na unidade:

1.	Registrar os dados do tratamento em prontuário (dados do Quadro II).
----	--

Quadro IV

Tratamentos externos NÃO realizados em UBS/ESF/AMA

a-	O TRATAMENTO DE HEPATITES VIRAIS é exclusivo dos Serviços Especializados que realizam atendimento para os pacientes acompanhados nas unidades da rede SMS-SP.
b-	Pacientes com Hepatites virais, externos aos serviços, devem ser orientados a realizar o tratamento na unidade de origem.
Obs.	O tratamento com Hepatites requer acompanhamento direto do médico prescriptor. O acompanhamento pelo prescriptor garante a segurança do paciente.

Quadro V

Tratamentos externos realizados COM MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA OU EXTERNOS À SMS

a-	<ul style="list-style-type: none"> A rede não POSSUI medicamentos do componente especializado da Assistência Farmacêutica para reposição A unidade deve solicitar ao paciente assinar termo de compromisso sobre a não responsabilidade da Instituição sobre a possibilidade de reposição da droga em qualquer eventualidade*¹.
b-	Se forem necessários treinamentos (para administração da referida procura), a Unidade/Supervisão/Coordenadoria deverá organizar.

Quadro VI

Tratamentos externos realizados em RAEA (Rede de Atenção Especializada Ambulatorial), AE(Ambulatório de Especialidades); REDE HORA CERTA e AMA-E(Assistência Médica Ambulatorial Especializada)

a-	<ul style="list-style-type: none"> O Ambulatório de Especialidades não é o local de primeira escolha para esse tipo de tratamento. No entanto, os usuários não podem ser dispensados sem tratamento/orientação. Quando na primeira procura, os casos serão atendidos e os procedimentos realizados, porém, com orientação por escrito para que as próximas aplicações sejam realizadas na Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência.
----	---

Quadro VII

Tratamentos externos sistematizados em parceria com outras unidades governamentais

a-	Devem ser pactuados com fluxos e recebimento de seus insumos, se necessário.
	Ex.: Parceria com IOT.HC para antibioticoterapia por Cateter Central de Inserção Periférica (PICC)

NOTA

Quando houver dúvidas, quanto ao tratamento e/ou reconhecimento da prescrição, o paciente deverá ser orientado a voltar ao prescriptor para os devidos esclarecimentos. Na documentação de contrarreferência, que deverá ser preenchida com o motivo e, se necessário, anexar uma cópia da orientação para tratamento medicamentoso (SMS-SP).

**11 CERTOS PARA
MEDICAÇÃO SEGURA**



Após o tratamento ORIENTAR:

1.	Possíveis reações
2.	Este procedimento não tem a finalidade de diagnóstico e não substitui a consulta médica, ou realização de exames laboratoriais.

fm

***1 TERMO DE CONSENTIMENTO PARA APLICAÇÃO
DE MEDICAMENTOS EXTERNOS À SMS**

Eu _____ (nome do (a) paciente), abaixo identificado(a) e firmado(a), solicito ao serviço de enfermagem desta unidade, realização do tratamento com o medicamento que trago em minha posse.

Declaro ter sido informado(a) pelo o médico prescritor (forneceu a receita) sobre todas as indicações, contraindicações, principais efeitos colaterais, relacionados ao uso do referido medicamento.

É de minha espontânea vontade submeter-me ao tratamento que solicito, assumindo a responsabilidade e os riscos pelos eventuais perdas do medicamento por quedas acidentais, por exemplo. Isento o serviço da obrigação de ressarcimento do mesmo, caso ocorra perda acidental, pois a unidade não o obtém para reposição.

Estou ciente que posso suspender esse tratamento a qualquer momento, sem que este fato implique em qualquer forma de constrangimento entre mim e a equipe de enfermagem, que se dispõe a continuar me atendendo em demais circunstâncias.

Assim o faço por livre e espontânea vontade em acordo com a enfermagem local.

Paciente: NOME _____ Prontuário _____

RG do Paciente: _____

Sexo do paciente: () Masculino () Feminino

Idade do Paciente: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ CEP: _____ Telefone: () _____

Responsável Legal (quando for o caso): _____

RG do Responsável Legal: _____

Descrição e dosagem do medicamento a ser aplicado:

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal _____

Data: ____/____/____ horário _____

Identificação/ carimbo de quem administrou _____

OBSERVAÇÕES:

1. Preenchimento completo deste Termo e sua respectiva assinatura são imprescindíveis para a administração do medicamento.
2. Este Termo será preenchido e arquivado no prontuário ou na ficha eventual do paciente.

Solicitamos divulgação



Dra. Rejane Calixto Gonçalves
Coordenadora da ATENÇÃO BÁSICA



Dra. Wilma Tiemi Miyake Morimoto
Coordenadora COVISA



Dr. Flavius Augusto Olivetti Albieri
Coordenador ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL