

Rua 6, nº 2580, Centro - Rio Claro/SP Cep 13500-190 Telefone: (19) 3522-3600

Email: saude@saude-rioclaro.org.br

Versão: 01

Elaborado por: Auditoria Médica/ Divisão de Logística/Divisão de Assistência Farmacêutica/ Farmácia Central/
Departamento Gestão do SUS/ NAT

Revisado por: Comissão de Farmacoterapia

Data Revisão: 20/07/2022

Responsável pela atualização: Auditoria Médica/Diretoria de Atenção à Saúde/ Divisão de Assistência Farmacêutica/
Divisão de Logística/Farmácia Central

Objetivo: definir critérios clínicos para o fornecimento de Enoxaparina 40mg.

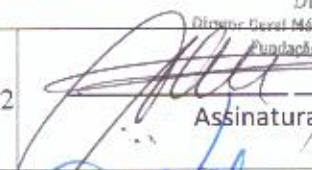

Setor: Farmácia Central

Colaboradores:

Camila Zanchetta Lemes
Geraldo de Oliveira Barbosa
Glaucos Ricardo Paraluppi

Graziela Sueli Gobbi Medina
Kathleen Lopes Gracioli
Sandra Maria Oliveira Franzin

PROTOCOLO PARA DISPENSÇÃO DE ENOXAPARINA 40MG PELA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO CLARO

Aprovado por: Dr. Jair Vergínio Junior Diretor de Depto de Atenção à Saúde	Data Aprovação: 21/10/2022	<p>Dr. Jair Vergínio Junior Diretor Geral Médico do Departamento de Atenção à Saúde Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro CRM 76761</p>  Assinatura e carimbo
Aprovado por: Giulia da Cunha Fernandes Puttomatti Secretária/Presidente da FMSRC	Data Aprovação: ___/___/2022	 GIULIA PUTTOMATTI Assinatura e carimbo Presidente FMSRC Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro

Apresentação padronizada :

- Enoxaparina 40mg – seringas preenchidas

ANEXO I

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE USO DO MEDICAMENTO ENOXAPARINA 40MG DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO CLARO.

1. DADOS DO PACIENTE (Para preenchimento do solicitante)

Nome: _____
Telefone/celular: _____ Idade: _____ Altura(m): _____ Peso (kg): _____

2. CRITÉRIOS MÉDICOS PARA SOLICITAÇÃO DO MEDICAMENTO ENOXAPARINA 40MG (Para preenchimento do médico assistente)

Dados do Médico(a) assistente:

Nome: _____ N.º CRM _____

Diagnóstico: _____

1. Critérios de Inclusão que já será autorizado o início da entrega do medicamento ao pacientes antes da auditoria médica:

- Gestantes: para os 30 primeiros dias e no caso de falta no fornecimento pelo Estado : apresentar exame comprovando a gestação;
- Pós cirúrgico de ortopedia;

2. Critérios de Inclusão que passará por auditoria médica antes da entrega do medicamento ao paciente:

- Outros diagnósticos;

Rio Claro, ____ de _____ de _____

(carimbo e assinatura do Médico(a) assistente)

3. PARECER DO AVALIADOR (Para preenchimento do avaliador da FMSRC)

Nome do Avaliador: _____ N.º CRM _____

() Deferido () Indeferido – Justificativa: _____

Rio Claro, ____ de _____ de _____

(carimbo e assinatura do Avaliador)

CHECK LIST (Parte integrante do ANEXO I)

Os documentos abaixo relacionados deverão obrigatoriamente ser entregues juntamente com o ANEXO I - Formulário de solicitação, avaliação e autorização de uso De Medicamento do Processo Administrativo da FMSRC, devidamente preenchido.

Os documentos deverão ser protocolados na Farmácia Central – Avenida 2, 238 – entre ruas 3 e 4 para seguimento do processo.

Documentos a serem apresentados e conferidos pela Farmácia Central.

1. Cópia dos documentos pessoais
 - () RG
 - () CPF
 - () Cartão SUS
 - () Comprovante de residência (conta de água ou luz – cópia frente e verso) no município de Rio Claro
2. () Formulário de solicitação, avaliação e autorização de uso de medicamento do Processo Administrativo da FMSRC – **ANEXO I** (parte integrante deste Check List);
3. () Receituário médico recente, com posologia e dosagem, carimbada e assinada pelo médico;
4. () Cópia de resultados de exames que comprove a gravidez, para as gestante;
5. () Relatório médico que descreva o quadro clínico do paciente, onde conste:
 - a) Data do diagnóstico;
 - b) Histórico de medicamentos;
 - c) Justificativa de indicação do Medicamento;

ANEXO II

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO PARA CONTINUIDADE DO USO DE MEDICAMENTO DO PROCESSO ADMINISTRATIVO DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO CLARO.

1. DADOS DO PACIENTE (Para preenchimento do solicitante)

Nome: _____

Telefone/celular: _____ Idade: _____ Altura(m): _____ Peso (kg): _____

2. CONTINUIDADE DA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO PROCESSO ADMINISTRATIVO (Para preenchimento do médico assistente)

Dados do Médico(a) assistente:

Nome: _____ N.º CRM _____

MEDICAMENTO SOLICITADO para continuidade:

1. _____ 2. _____

3. DOCUMENTOS PARA RENOVAÇÃO/ CONTINUIDADE DE PROCESSO ADMINISTRATIVO

- Formulário para renovação do Processo administrativo
 Prescrição Médica atualizada a cada 06 meses

Outras Informações: _____

Rio Claro _____ de _____ de _____.

(carimbo e Assinatura do Médico(a) Avaliador)

4. PARECER DO AVALIADOR (Para preenchimento do avaliador da FMSRC)

Nome do Avaliador: _____ N.º CRM _____

Deferido Indeferido – Justificativa: _____

Rio Claro, _____ de _____ de _____.

(carimbo e assinatura do Avaliador)