

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 Cloridrato de Metilfenidato 10 mg.

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

**PROCOLO PARA DISPENSÇÃO DE METILFENIDATO 10 MG
PELA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO CLARO**

Aprovado por:

Dr. Jair Vergínio Junior
Diretor de Depto de Atenção à Saúde

Data Aprovação: 27/10/2022

Dr. Jair Vergínio Júnior
Diretor Geral Médico do Departamento de Atenção à Saúde
Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro
CRM 76761

Assinatura e carimbo

Aprovado por:

Giulia da Cunha Fernandes Puttomatti
Secretária/Presidente da FMSRC

Data Aprovação: ___/___/2022

Assinatura e carimbo
GIULIA PUTTOMATTI
Presidente FMSRC

Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro

Apresentação padronizada :

- Metilfenidato 10mg comprimido

ANEXO I

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE USO DO MEDICAMENTO CLORIDRATO DE METILFENIDATO 10MG DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO CLARO.

1. DADOS DO PACIENTE (Para preenchimento do solicitante)

Nome: _____

Telefone/celular: _____ Idade: _____

2. CRITÉRIOS MÉDICOS PARA SOLICITAÇÃO DO MEDICAMENTO CLORIDRATO DE METILFENIDATO 10 MG (Para preenchimento do médico assistente)

Dados do Médico(a) assistente

Nome: _____ N.º CRM _____

Diagnóstico: _____

CrITÉrios de Inclusão

- F90.0 Distúrbio de atividade e da atenção
- F98.8 Outros transtornos comportamentais e emocionais especificado com início habitualmente na infância ou adolescência

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
 - () RG, CPF do responsável legal (no caso de pacientes menores de 18 anos)

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 (até 30 dias), em Notificação de Receita A (talonário do tipo A, amarelo) com posologia e dosagem, carimbada e assinada pelo médico, com quantidade equivalente a 30 dias de tratamento;

4. () 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

5. () Cópia de exames quando necessário , a pedido da Auditoria Médica da FMS

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: _____

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)