

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 Montelukaste Sódico.

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 MONTELUCASTE SÓDICO PELA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIO CLARO

Aprovado por:
Dr. Jair Vergínio Junior
Diretor de Depto de Atenção à Saúde

Data Aprovação: 24/10/2022

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
Presidente FMSRC

Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro

Apresentação padronizada :

- Montelukaste de sódio 4mg sachê
- Montelukaste de sódio 10mg comp

ANEXO I

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE USO DO MEDICAMENTO MONTELUCASTE SÓDICO 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 MONTELUCASTE SÓDICO (Para preenchimento do médico assistente)

Dados do Médico(a) assistente

Nome: _____ N.º CRM _____

Diagnóstico: _____

CrITÉrios de Inclusão

() J45; J45.0; J45.1; J45.8; J45.9 - Asma

() J30; J30.1; J30.2; J30.3 – Rinite

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 (até 30 dias), com posologia e dosagem, carimbada e assinada pelo médico;
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)