

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 Logística/Divisão de
Assistência Farmacêutica /Farmácia Central

Objetivo: definir critérios clínicos para o fornecimento de Polissulfato de Mucopolissacarídeo em Gel.

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 DISPENSAÇÃO DE
POLISSULFATO DE MUCOPOLISSACARÍDEO EM GEL
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

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 C

Apresentação padronizada :

- Polissulfato de Mucopolissacarídeo 5mg/g em gel

ANEXO I

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE USO DO MEDICAMENTO POLISSULFATO DE MUCOPOLISSACARÍDEO EM GEL 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 POLISSULFATO DE MUCOPOLISSACARÍDEO EM GEL (Para preenchimento do médico assistente)

Dados do Médico(a) assistente

Nome: _____ N.º CRM _____

Diagnóstico: _____

Critérios de Inclusão

- Prescrição médica de vascular;

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 vascular;
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)