

ANEXO 5 – Formulário de Comunicado ao Prescritor

<div data-bbox="309 264 479 328">CIDADE DE SÃO PAULO SAÚDE</div> <div data-bbox="528 272 869 320">Prefeitura da Cidade de São Paulo Secretaria Municipal da Saúde</div> <div data-bbox="922 268 1021 320"></div> <div data-bbox="309 376 504 467">Formulário de Comunicado ao Prescritor</div> <div data-bbox="546 335 1039 520"><div style="border: 1px solid black; height: 116px; width: 220px; margin: 0 auto;"></div><p style="text-align: center;">(identificação do estabelecimento de saúde)</p></div> <div data-bbox="286 517 510 541">Prezado(a) prescritor(a):</div> <div data-bbox="286 545 1041 644"><p>Esta prescrição está em desacordo com a legislação vigente (Portaria SMS.G nº XX/2022), RDC ANVISA nº 471/2021, Portaria de Consolidação GM/MS nº 4/2017 e/ou Portaria SVS. MS nº 344/98, e atualizações). Pedimos a gentileza de considerar as observações assinaladas abaixo:</p></div> <div data-bbox="286 662 1008 1243"><ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Não consta a identificação do usuário<input type="checkbox"/> Não consta a identificação da unidade emitente<input type="checkbox"/> Não consta endereço do usuário (Portaria SVS.MS nº 344/98)<input type="checkbox"/> Não consta dosagem ou concentração do medicamento<input type="checkbox"/> Não consta duração do tratamento ou quantidade de medicamento<input type="checkbox"/> Não consta a forma farmacêutica<input type="checkbox"/> Não consta a posologia<input type="checkbox"/> Não consta a identificação do prescritor<input type="checkbox"/> Não consta denominação genérica<input type="checkbox"/> Medicamento não consta na REMUME<input type="checkbox"/> Não consta formulário de medicamento sob protocolo<input type="checkbox"/> Notificação desacompanhada de prescrição (Portaria SVS.MS nº 344/98)<input type="checkbox"/> Não consta data de emissão<input type="checkbox"/> Validade da prescrição expirada<input type="checkbox"/> Prescrição ilegível<input type="checkbox"/> Prescrição com rasura e/ou emendas<input type="checkbox"/> Não consta segunda via (Portaria SVS.MS nº 344/98 e RDC ANVISA nº 471/2021)<input type="checkbox"/> Prescrição emitida em meio eletrônico em desacordo com normativas vigentes<input type="checkbox"/> Necessidade de adequação posológica para medicamentos fitoterápicos<input type="checkbox"/> Não consta número do SINAN</div> <div data-bbox="286 1265 1048 1347"><p>Obs: _____ _____</p></div> <div data-bbox="264 1362 1059 1388"><p>Nome do profissional (farmácia): _____</p></div> <div data-bbox="291 1441 1059 1466"><p>Assinatura e Carimbo do Profissional (farmácia) São Paulo, ____/____/____</p></div>	<div data-bbox="1218 264 1388 328">CIDADE DE SÃO PAULO SAÚDE</div> <div data-bbox="1447 272 1787 320">Prefeitura da Cidade de São Paulo Secretaria Municipal da Saúde</div> <div data-bbox="1836 268 1935 320"></div> <div data-bbox="1218 376 1413 467">Formulário de Comunicado ao Prescritor</div> <div data-bbox="1460 335 1953 520"><div style="border: 1px solid black; height: 116px; width: 220px; margin: 0 auto;"></div><p style="text-align: center;">(identificação do estabelecimento de saúde)</p></div> <div data-bbox="1196 517 1420 541">Prezado(a) prescritor(a):</div> <div data-bbox="1196 545 1960 644"><p>Esta prescrição está em desacordo com a legislação vigente (Portaria SMS.G nº XX/2022), RDC ANVISA nº 471/2021, Portaria de Consolidação GM/MS nº 4/2017 e/ou Portaria SVS. MS nº 344/98, e atualizações). Pedimos a gentileza de considerar as observações assinaladas abaixo:</p></div> <div data-bbox="1196 662 1917 1243"><ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Não consta a identificação do usuário<input type="checkbox"/> Não consta a identificação da unidade emitente<input type="checkbox"/> Não consta endereço do usuário (Portaria SVS.MS nº 344/98)<input type="checkbox"/> Não consta dosagem ou concentração do medicamento<input type="checkbox"/> Não consta duração do tratamento ou quantidade de medicamento<input type="checkbox"/> Não consta a forma farmacêutica<input type="checkbox"/> Não consta a posologia<input type="checkbox"/> Não consta a identificação do prescritor<input type="checkbox"/> Não consta denominação genérica<input type="checkbox"/> Medicamento não consta na REMUME<input type="checkbox"/> Não consta formulário de medicamento sob protocolo<input type="checkbox"/> Notificação desacompanhada de prescrição (Portaria SVS.MS nº 344/98)<input type="checkbox"/> Não consta data de emissão<input type="checkbox"/> Validade da prescrição expirada<input type="checkbox"/> Prescrição ilegível<input type="checkbox"/> Prescrição com rasura e/ou emendas<input type="checkbox"/> Não consta segunda via (Portaria SVS.MS nº 344/98 e RDC ANVISA nº 471/2021)<input type="checkbox"/> Prescrição emitida em meio eletrônico em desacordo com normativas vigentes<input type="checkbox"/> Necessidade de adequação posológica para medicamentos fitoterápicos<input type="checkbox"/> Não consta número do SINAN</div> <div data-bbox="1196 1265 1957 1347"><p>Obs: _____ _____</p></div> <div data-bbox="1173 1362 1968 1388"><p>Nome do profissional (farmácia): _____</p></div> <div data-bbox="1200 1441 1968 1466"><p>Assinatura e Carimbo do Profissional (farmácia) São Paulo, ____/____/____</p></div>
---	---

ANEXO 6 – Modelo de receituário padrão para utilização pelas unidades da rede municipal de saúde

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;">  <div style="text-align: center;"> <p>Prefeitura da Cidade de São Paulo Secretaria Municipal da Saúde</p> </div>  </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <h3>Receituário</h3> <p><small>Duas vias se antimicrobiano e/ou medicamentos sujeitos a controle especial.</small></p> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 20%;"> <p>nº SINAN/eSUS notifica:</p> <p>_____</p> <p><small>(quando necessário)</small></p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 40%; text-align: center;"> <p>_____</p> <p><small>(identificação do estabelecimento de saúde)</small></p> </div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Nome: _____ idade: _____</p> <p>Nome Social: _____ Sexo: () F () M () Ignorado</p> <p>Endereço: _____</p> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;">  <div style="text-align: center;"> <p>Prefeitura da Cidade de São Paulo Secretaria Municipal da Saúde</p> </div>  </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <h3>Receituário</h3> <p><small>Duas vias se antimicrobiano e/ou medicamentos sujeitos a controle especial.</small></p> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 20%;"> <p>nº SINAN/eSUS notifica:</p> <p>_____</p> <p><small>(quando necessário)</small></p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 40%; text-align: center;"> <p>_____</p> <p><small>(identificação do estabelecimento de saúde)</small></p> </div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Nome: _____ idade: _____</p> <p>Nome Social: _____ Sexo: () F () M () Ignorado</p> <p>Endereço: _____</p> </div>
<p>São Paulo, ____/____/____</p> <p style="text-align: center;">Assinatura e Carimbo do Prescritor</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p style="text-align: center;">IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO OU RESPONSÁVEL (PREENCHIDO PELA FARMÁCIA)</p> <p>Nome (Nome Social): _____ RG ou CPF: _____</p> <p>Endereço: _____ Tel.: _____</p> </div> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">Consulte aqui a disponibilidade e aonde retirar o(s) medicamento(s) nas farmácias públicas municipais.</p> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 5px;">       </div>	<p>São Paulo, ____/____/____</p> <p style="text-align: center;">Assinatura e Carimbo do Prescritor</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p style="text-align: center;">IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO OU RESPONSÁVEL (PREENCHIDO PELA FARMÁCIA)</p> <p>Nome (Nome Social): _____ RG ou CPF: _____</p> <p>Endereço: _____ Tel.: _____</p> </div> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">Consulte aqui a disponibilidade e aonde retirar o(s) medicamento(s) nas farmácias públicas municipais.</p> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 5px;">       </div>