





















ANEXO 5 – Formulário de Comunicado ao Prescritor

 <p>CIDADE DE SÃO PAULO SAÚDE</p>	<p>Prefeitura da Cidade de São Paulo Secretaria Municipal da Saúde</p>		 <p>CIDADE DE SÃO PAULO SAÚDE</p>	<p>Prefeitura da Cidade de São Paulo Secretaria Municipal da Saúde</p>	
<p>Formulário de Comunicado ao Prescritor</p>			<p>Formulário de Comunicado ao Prescritor</p>		
<p>(identificação do estabelecimento de saúde)</p>			<p>(identificação do estabelecimento de saúde)</p>		
<p>Prezado(a) prescritor(a): 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>			<p>Prezado(a) prescritor(a): 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>		
<p><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</p>			<p><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</p>		
<p>Obs: _____ _____</p>			<p>Obs: _____ _____</p>		
<p>Nome do profissional (farmácia): _____</p>			<p>Nome do profissional (farmácia): _____</p>		
<p>Assinatura e Carimbo do Profissional (farmácia) _____ São Paulo, ____/____/____</p>			<p>Assinatura e Carimbo do Profissional (farmácia) _____ São Paulo, ____/____/____</p>		

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>