

**ROTINA OPERACIONAL DE DISPENSAÇÃO DE CEFTRIAXONA NAS
FARMÁCIAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE APÓS ALTA DE INTERNAÇÃO OU
LEITO DE OBSERVAÇÃO**

1. **PALAVRA CHAVE:** dispensação, alta hospitalar, leito de observação, ceftriaxona.
2. **OBJETIVO:** padronizar o procedimento de dispensação do medicamento Ceftriaxona para os munícipes de São José do Rio Preto atendidos pelo SUS, que irão receber alta hospitalar ou dos leitos de observação nas Unidades de Pronto Atendimento.
3. **CAMPO DE APLICAÇÃO:** farmácia dos Serviços de Saúde.
4. **DEFINIÇÕES**
 - 4.1. **Dispensação:** ato profissional farmacêutico, que consiste em proporcionar um ou mais medicamentos, em resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Neste ato o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento (BRASIL, 2006).
5. **SIGLAS**
 - 5.1. PFJ/IDM – cadastro municipal de pessoa física e jurídica.
 - 5.2. AF – Assistência Farmacêutica.
 - 5.3. UPA – Unidade de Pronto Atendimento.
 - 5.4. HB – Hospital de Base.
 - 5.5. HCM - Hospital da Criança e Maternidade.
 - 5.6. AME – Ambulatório Médico de Especialidades.
 - 5.7. SUS – Sistema Único de Saúde.
 - 5.8. PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente.
6. **META**
 - 6.1. **Atender 100% dos pacientes com altas de leitos SUS que tenham prescrição do medicamento Ceftriaxona para a continuidade do tratamento.**
7. **RESPONSABILIDADE NA EXECUÇÃO DO POP:** farmácia, enfermagem, gerência da unidade.
8. **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**
 - 8.1. A disponibilidade do medicamento Ceftriaxona se destina ao atendimento de pacientes que necessitam de continuidade de tratamento após alta de internação hospitalar ou leito de observação, seguindo as diretrizes da Rede de Atenção às Urgências do Sistema Único de Saúde.
 - 8.2. Os hospitais prestadores que poderão solicitar o medicamento Ceftriaxona após a alta médica são: AME, Beneficência Portuguesa, HB, HCM e Santa Casa.
 - 8.3. **Serão atendidos os pacientes residentes no município de São José do Rio Preto que foram referenciados pela rede municipal de saúde aos hospitais citados.**
 - 8.4. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) que são referência para o atendimento dos pacientes após a alta hospitalar com prescrição de Ceftriaxona são: CSE Estoril, UBS Jaguaré, UBSF Parque Industrial, UBS Santo Antônio, UBS Solo Sagrado, UBS Vitorazzo e UBSF Vila Toninho.
 - 8.5. **Fluxo de Alta Hospitalar**
 - 8.5.1. Os hospitais deverão acessar o Formulário de Solicitação de Ceftriaxona disponível no site da AF (ANEXO 1), escolhendo a unidade de referência mais próxima da residência do paciente.
 - 8.5.2. O preenchimento do Formulário de Solicitação de Ceftriaxona é realizado de forma on line e seu envio é automático para o e-mail da Farmácia da UBS escolhida.
 - 8.5.3. Após o envio, a assistente social do hospital entrará em contato com a Farmácia da UBS para confirmar o recebimento.
 - 8.5.4. No momento do contato do hospital com a farmácia da UBS referência, o

- farmacêutico, deve verificar o e-mail e a seguir, consultar o histórico de atendimento do paciente no PEP, para conferir se ele foi encaminhado ao hospital prestador através da rede pública municipal.
- 8.5.5. O farmacêutico também deve questionar o hospital, se o paciente terá alta qualificada, com encaminhamento para o Serviço de Assistência Domiciliar (SAD).
- 8.5.6. Se a informação estiver disponível, o farmacêutico responde ao hospital, por e-mail, indicando que o paciente pode ser encaminhado para a continuidade de tratamento na UBS.
- 8.5.7. Se a informação de encaminhamento não estiver disponível no PEP, o farmacêutico deverá solicitar ao hospital uma comprovação que o paciente foi referenciado pelo SUS.
- 8.5.8. O processo de análise do PEP para verificação do encaminhamento via SUS, assim como qualquer informação relevante sobre o atendimento do paciente deve ser registrado pelo farmacêutico em Anotações Complementares.
- 8.5.9. Nos casos em que o paciente for encaminhado para o SAD, o e-mail do serviço (sms.sade@riopreto.sp.gov.br) deverá ser copiado na resposta ao hospital, para que a equipe tenha ciência que o PEP do paciente já foi verificado e que o paciente se enquadra nos critérios estabelecidos pelo município para uso da Ceftriaxona.
- 8.5.10. Para ter acesso ao medicamento na UBS, deverá ser apresentada a prescrição médica (em duas vias), documento de identificação do paciente e o resumo de alta médica.
- 8.5.11. As solicitações de Ceftriaxona enviadas pelo hospital até as 13:00 horas serão atendidas no mesmo dia. Após o horário informado, o atendimento se dará no próximo dia útil.
- 8.5.12. O Serviço de Saúde municipal apenas fornecerá e aplicará a Ceftriaxona, garantindo a continuidade do tratamento do paciente. O acompanhamento médico, caso necessário, deve ser realizado pelo próprio hospital que o atendeu.
- 8.5.13. O tempo de tratamento máximo estabelecido para o fornecimento da Ceftriaxona será de 7 dias. Para tratamentos com tempo superior ao citado, a data de retorno ao serviço deverá estar informada on line no Formulário de Solicitação de Ceftriaxona.
- 8.5.14. Visando a facilidade de acesso para o paciente, a dispensação e a administração da Ceftriaxona poderão ser realizadas em outro Serviço de Saúde, que não seja uma das UBSs definidas como referência.
- 8.5.15. Nesses casos, a UBS de referência que recebeu a solicitação on line do medicamento deve entrar em contato com o serviço próximo da casa do paciente, informando que o atendimento deverá ocorrer naquele local.
- 8.5.16. Para isso, é obrigatório que a UBS de referência envie o medicamento para o serviço próximo a residência do paciente. Caso não seja possível o transporte entre os serviços, a CAF deverá ser acionada.
- 8.5.17. O paciente deve ser devidamente informado a partir de que dia e horário o medicamento estará disponível próximo de sua casa.
- 8.5.18. Nas situações em que o tratamento, por motivos diversos, for interrompido antes do período prescrito, as ampolas restantes de Ceftriaxona devem ser devolvidas a unidade de referência ou a CAF.
- 8.5.19. Aos finais de semana, quando as UBS estiverem fechadas, os pacientes devem ser orientados a procurar uma UPA para dispensação e aplicação do medicamento.
- 8.5.20. A farmácia da UBS não entregará as doses referentes ao final de semana para o paciente, considerando que as UPAs possuem estoque do medicamento.

8.5.21. As UPAs atenderão aos finais de semana os pacientes que iniciaram a aplicação do medicamento nas UBS durante a semana, sendo necessário que o paciente apresente a prescrição contendo as anotações das aplicações já realizadas.

8.5.22. A farmácia deverá acessar o Empro Saúde para verificar o histórico de dispensação e realizar a baixa no sistema.

8.6. Fluxo de alta das UPAs

8.6.1. Na alta do leito de observação havendo a necessidade de continuidade do tratamento com a Ceftriaxona, o médico deve prescrever o medicamento, preencher o formulário (ANEXO 2) e entregar a receita em duas vias para o paciente juntamente com o resumo de alta.

8.6.2. A informação da data e horário da última dose de Ceftriaxona realizada na UPA deve constar no documento de alta do paciente.

8.6.3. Antes de liberar o paciente, a UPA deve entrar em contato com a UBS de referência mais próxima da residência do paciente, via e-mail (gerência, com cópia para a farmácia), para o agendamento e o acompanhamento ambulatorial do paciente.

8.6.4. Os pacientes que receberam alta do leito durante o final de semana continuarão recebendo a dose do medicamento na UPA e o contato (e-mail) para a UBS, para acompanhamento do paciente, será enviado no próximo dia útil.

8.6.5. A farmácia da UPA deverá conferir se os documentos necessários para a alta (prescrição em duas vias, o formulário de solicitação da Ceftriaxona preenchido e o resumo da alta médica) foram preenchidos corretamente e após, dispensar o medicamento para a equipe de enfermagem realizar a administração.

8.6.6. A farmácia da UPA não reterá os documentos citados, sendo que os mesmos também serão apresentados na farmácia das UBS, durante a semana, para o atendimento do paciente.

8.6.7. As UBSs que serão referência para o atendimento dos pacientes que receberem alta das UPAs são as mesmas já citadas no **item 8.4**.

8.6.8. Visando a facilidade de acesso para o paciente, a dispensação e a administração da Ceftriaxona poderão ser realizadas em outro Serviço de Saúde, que não seja uma das UBSs definidas como referência.

8.6.9. Para esses casos, as farmácias devem seguir as orientações contidas **em 8.5.13, 8.5.14, 8.5.15, 8.5.16, 8.5.17, 8.5.18 e 8.5.19**.

8.7. Fluxo Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD).

8.7.1. Além das UBS, o Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) também poderá realizar a aplicação do medicamento Ceftriaxona.

8.7.2. O SAD possui estoque do medicamento e os insumos para o atendimento dos casos encaminhados pelos hospitais e UPAs.

8.7.3. As altas dos leitos de observação das UPAs para o SAD serão realizadas diretamente entre os serviços.

8.7.4. O médico deve prescrever o medicamento, preencher o formulário (ANEXO 2) e entregar a receita em duas vias para o paciente, juntamente com o resumo de alta.

8.7.5. A informação da data e horário da última dose de Ceftriaxona realizada na UPA deverá constar no documento de alta do paciente.

8.7.6. Antes da alta, a equipe da UPA deverá informar o paciente e seus acompanhantes

que não existe a necessidade de comparecer a UBS para a retirada do medicamento e insumos, pois o SAD possui estoque dos itens para realizar o atendimento.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9.1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de Julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso: 16 dez. 2021.

9.2. BRASIL. Secretaria de Saúde de São José do Rio Preto – SP. Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUME. Disponível em: <<https://saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/arqu/assifarm/2021/remume-2021.pdf>>. Acesso em: 16 dez. 2021.

10. ANEXOS

ANEXO 1 - Formulário para solicitação de Ceftriaxona – Alta hospitalar

ANEXO 2 - Formulário para solicitação de Ceftriaxona exclusivo nas Unidades próprias do município.

ANEXO 1

	<p>PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</p> <p>SOLICITAÇÃO DE CEFTRIAXONA – ALTA HOSPITALAR</p> <ol style="list-style-type: none">1. O fornecimento de Ceftriaxona visa à garantia do cuidado centrado no paciente, em consonância as diretrizes da Rede de Atenção às Urgências do Sistema Único de Saúde (SUS), proporcionando assim a intervenção adequada a sua necessidade de saúde. A disponibilidade do medicamento Ceftriaxona se destina ao atendimento de pacientes que necessitam de continuidade de tratamento após alta de internação hospitalar ou leito de observação nas UPAs, seguindo as diretrizes da Rede de Atenção às Urgências do Sistema Único de Saúde..2. Serão atendidas as prescrições de Ceftriaxona, após alta hospitalar, dos serviços AME, Beneficência Portuguesa, HB, HCM e Santa Casa, dos pacientes que foram referenciados pelo Sistema Único de Saúde do município de São José do Rio Preto.3. O presente formulário é de uso exclusivo no atendimento a pacientes municipais de São José do Rio Preto – para fornecimento de ceftriaxona, após Alta Hospitalar.4. A aplicação deste medicamento será realizada na Unidade de Saúde ou através do Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), após avaliação no serviço de saúde, não havendo fornecimento de insumos para aplicação.5. Será considerado o tempo máximo de tratamento de 07 dias. Para período superior, a autorização de fornecimento dependerá da informação da data de retorno no formulário.6. O acompanhamento do paciente deverá ser realizado no serviço hospitalar de origem.7. As solicitações via formulário deverão ser enviadas até as 13:00 horas para garantia de atendimento no mesmo dia. Após esse horário, o atendimento será realizado somente no próximo dia útil.8. Para a solicitação do medicamento ceftriaxona 1g é obrigatório contato prévio do hospital com a Farmácia do Serviço de Saúde onde o paciente receberá o medicamento, sendo as unidades de referência:<ul style="list-style-type: none">➤ CSE Estoril - 32263033 / 32266240; Rua Caetano Elzo Rogério, 1800 - Jardim Ouro Verde➤ UBS Jaguaré – 32023060. Avenida Danilo Galeazzi, 1881 – Jaguaré;➤ UBSF Parque Industrial -32332489 / 32310030. Rua Expedicionários, 1541 - Parque Industrial;➤ UBS Santo Antônio - 32062088; Rua Ida Tagliavini Polachini, 580 - Santo Antônio.➤ UBS Solo Sagrado - 32199320; Rua Beatriz da Conceição, 406 - Solo Sagrado.➤ UBS Vetorazzo - 32194171/32365859. Av Ernesto Fortunato Vetorazzo, 711 - Jardim Vetorazzo;➤ UBSF Vila Toninho - 32181004 / 32381227. Rua Odilon Amadeu, 710 - Vila Toninho;9. A disponibilização do medicamento no serviço de Saúde dependerá do preenchimento total e envio deste formulário pelo hospital.10. É condição para a dispensação do medicamento na farmácia da Unidade de Saúde a apresentação dos seguintes documentos após o envio do formulário: prescrição médica (em duas vias), documento de identificação do paciente e resumo de alta médica.
	<p>PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</p> <p>AV. ROMEU STRAZZI, 199 – CEP: 15084-010 – TEL: (17)3216-9766 www.riopreto.sp.gov.br/saude</p>

	PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE CEFTRIAXONA – ALTA HOSPITALAR		
Nome Completo do Paciente: _____		
Telefone: _____	Data de Nascimento: _____	
Endereço (São José do Rio Preto): _____		
PFJ: _____	Idade: _____	Peso: _____ Kg
Unidade de Referência: _____		
INFORMAÇÕES SOBRE O TRATAMENTO – PRESCRIÇÃO		
Dose: _____ Posologia _____		
Número Total de dias de tratamento _____ dias		
Modo de diluição _____		
Data de retorno no serviço _____	Data de internação: _____	
Data de início do tratamento: _____		
Dia e Horário da última aplicação no hospital: _____		
Diagnóstico: _____		
Relatório Médico: _____ _____ _____		
Conduta:		
1-) () Antibiograma – microrganismo sensível. Relatar o resultado da cultura: _____		
2-) () Tratamento empírico.		
INFORMAÇÕES DO SOLICITANTE		
Nome da instituição: _____		
Nome do profissional médico: _____		
CRM: _____		
E-mail da instituição: _____		
Telefone/ramal de contato do responsável pelo envio dos dados: _____		
Nome do responsável pelo envio do(s) documento(s): _____		
Função do responsável pelo envio do(s) documento(s): _____		
Data: ___ / ___ / ___	Assinatura e carimbo do médico: _____	

ANEXO 2

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS
CEFTRIAXONA

Atenção:

1. Este formulário é de uso exclusivo nas Unidades de Saúde próprias do município – Unidades de Pronto Atendimento e Unidades Básicas de Saúde.
2. A solicitação do medicamento Ceftriaxona deve ser realizada somente se o paciente apresentar situação clínica que impossibilite o tratamento com outra alternativa via oral.
3. Para paciente em leito de observação (Protocolo de ITU e Pneumonia), referenciado para a Atenção Básica, a autorização de fornecimento dependerá de alta implicada após contato entre os serviços, via e-mail.
4. As unidades de referência são:
 - > CSE Estoril - (17) 32263033 / 32266240; Rua Caetano Elzo Rogério, 1800 - Jardim Ouro Verde
 - > UBS Jaguaré - (17) 3202 3060, Avenida Danilo Galeazzi, 1881 - Jaguaré;
 - > UBSF Parque Industrial - (17) 32332489 / 32310030. Rua Expedicionários, 1541 - Parque Industrial;
 - > UBS Santo Antônio - Rua Ida Tagliavini Polachini, 580 - Santo Antônio, (17) 3206 2088;
 - > UBS Solo Sagrado - Rua Beatriz da Conceição, 406 - Solo Sagrado, (17) 3219 9327;
 - > UBS Vitorazzo - (17) 32194171 / 32365859. Avenida Ernesto Fortunato Vitorazzo, 711 - Jardim Vitorazzo;
 - > UBSF Vila Toninho - (17) 3218 1004 / 3238 1227. Rua Odilon Amadeu, 710 - Vila Toninho;

Paciente: _____

PFJ: _____ Idade: _____ Peso: _____ Kg

Medicamento: Ceftriaxona 1g

Justificativa da impossibilidade de uso oral:

Justificativa da indicação:

- () Uso vinculado à Doença de Notificação Compulsória. N° SINAN: _____
- () Cistite complicada (pacientes em leito de observação na UPA)
- () Pielonefrite aguda (pacientes em leito de observação na UPA)
- () Pneumonias **em adultos** com sinais de gravidade e **indicação de internação** (pacientes em leito de observação na UPA)
- () Infecção Gonocócica Não Complicada (uretra, colo do útero, reto e faringe) **ou** disseminada
- () DIPA (doença inflamatória pélvica aguda) tratamento ambulatorial

Data: ___/___/___ Assinatura e carimbo do médico: _____

Verificar recomendação de dose conforme protocolos REMUME 2022.