

**ROTINA OPERACIONAL DE DISPENSAÇÃO DE CEFTRIAXONA PARA AS
INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA – ILPI CONVÊNIDAS COM O
MUNICÍPIO**

1. PALAVRA CHAVE: dispensação, casas de repouso, ceftriaxona.
2. OBJETIVO: padronizar o procedimento de dispensação do medicamento Ceftriaxona para os municípios de São José do Rio Preto institucionalizados nas ILPIs parceiras.
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. ILPI – Instituição de Longa Permanência
5.5. SUS – Sistema Único de Saúde.
5.6. PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente.

6. META

- 6.1. **Atender em tempo oportuno 100% das prescrições de ceftriaxona das ILPIs parceiras elaboradas em consonância com os protocolos municipais de tratamento de infecções bacterianas.**

7. RESPONSABILIDADE NA EXECUÇÃO DO POP: farmácia, enfermagem, gerência da unidade.

8. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- 8.1. Atualmente, o município de São José do Rio Preto possui parceria com 4 Instituições de Longa Permanência, a saber: Lar Esperança, Lar São Vicente, Lar Schmitt e Lar Betânia.
- 8.2. Nas quatro ILPIs citadas, o município disponibiliza médicos para o atendimento clínico dos pacientes institucionalizados.
- 8.3. Esses estabelecimentos utilizam o PEP no EMPRO SAÚDE para o registro dos atendimentos e a prescrição de medicamentos.
- 8.4. As ILPIs que possuem pacientes com indicação clínica para o uso do medicamento Ceftriaxona, de acordo com os protocolos municipais, poderão solicitar o antibiótico para o tratamento.
- 8.5. **Fluxo de prescrição pela ILPI**
 - 8.5.1. O médico assistente da ILPI deverá realizar a prescrição via PEP, onde o formulário de solicitação de Ceftriaxona (ANEXO 1) já está disponível para o preenchimento.
 - 8.5.2. O medicamento deverá ser retirado:

Lar Esperança	UBS Santo Antônio
Lar São Vicente	Farmácia Municipal (medicamentos)/UBS Central (demais insumos)
Lar Schmitt	UBSF Schmitt
Lar Betânia	CSE Estoril

- 8.5.3. Nas situações em que o tratamento, por motivos diversos, for interrompido antes do período prescrito, as ampolas restantes de Ceftriaxona devem ser devolvidas na unidade de referência.

- 8.5.4. A retirada deve ser feita por funcionário da ILPI, o qual deverá apresentar na farmácia a prescrição médica em duas vias.
- 8.5.5. A farmácia fornecerá o medicamento Ceftriaxona, bem como o diluente e/ou Soro Fisiológico, conforme a prescrição.
- 8.5.6. A farmácia deverá acessar o Empro Saúde e dar baixa na prescrição eletrônica constante no PFJ do paciente.
- 8.5.7. A retirada dos demais insumos necessários à aplicação do medicamento Ceftriaxona pela ILPI deve ser feita nas UBS descritas no item 8.5.2, conforme pactuação existente.
- 8.5.8. Os pacientes institucionalizados nas 4 ILPIs citadas que ficarem em leito de observação na UPA e tiverem alta com prescrição de Ceftriaxona, também serão atendidos pelas Unidades citadas no item 8.5.2.
- 8.5.9. Nesses casos, para retirada do medicamento, o funcionário da ILPI deverá apresentar na farmácia a prescrição médica em duas vias, o formulário de solicitação do medicamento Ceftriaxona preenchido (ANEXO 1) e o resumo de alta médica.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 10.1. 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: 01 abr. 2022.
- 10.2. 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: 01 abr. 2022.

11. ANEXOS

ANEXO 1 - Formulário para solicitação de Ceftriaxona exclusivo nas Unidades próprias do município.

ANEXO 1


PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA DE SAÚDE
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

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.