

P.M.S.P.A

Proc. N° 5602

Folha N° 08

Assin. P

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1.ª VIA - FARMÁCIA

2.ª VIA - PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Getúlio Vargas, 354 - Centro
São Pedro da Aldeia - RJ
CEP 28940-000 - Tel.: (22) 2621-1559



Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

_____/_____/_____
Data

Assinatura e Carimbo do Emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome _____	
Identidade _____ Órg. Em: _____	
Endereço: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: _____	
Assinatura do Farmacêutico _____ DATA _____	

Departamento de Fiscalização de Saúde: SGAN 601 lotes O/P - Asa Norte - Tel.: 325-4811 e 4812
Seção de registro de saúde da Divisão de Cadastro e Registro: 325-4807

PMSPA

Proc. N° 5603

Folha N° 09

Medicamento

UF	NÚMERO
RA52 FA	682981

DATA

PACIENTE

MEDICAMENTO

UF	NÚMERO
RA52 FA	682981

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PEDRO DA ALDEIA	
(22) 2627-5687	
Av. Getúlio Vargas, 364 - Centro - São Pedro da Aldeia/RJ	
CEP 28.940-000	
C.R.M. - 52.0116912-7-PJ	

Paciente:

de de

Endereço:

Assinatura do Emissor

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Endereço:

Telefone:

Identidade N°

Órgão Emissor

Tel.

A.C. dos Santos Oliveira Aires Crifilas - R. João de Castilho, 1218 - Ananias RJ - CNPJ 02.244.292/0001-74 - 300 Bix, 50x1 de 14x7/65x1 a 14x33x55 - VISA CREMERIA N° B - 0290107230 DE 17/09/2014

Medicamento ou substância

Quantidade e Forma Farmacêutica

Dose por Unidade Posológica

Posologia

CARIMBO DO FORNECEDOR

Nome do Vendedor

Data

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF - NÚMERO
SP 01.000.XXX

<<SEME MS>>

DATA _____ DE _____

PACIENTE

MEDICAMENTO

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL
 RESTRIÇÕES ESPECIAIS
 (Verificar Termo de Contratação)

UF - NÚMERO
SP 01.000.XXX

<<SEME MS>>

DATA _____ DE _____

IDENTIFICAÇÃO DO ENFENTE

População Materna
 CRM-SP: 123.456
 Av. Dr. ABC, 123 - Estado - São Paulo - 00000-000
 Telefone: (11) 2222-3333 - 5555
 e-mail: atendimento@hospital.com.br

Sexo: _____

Idade: _____

Prescrição Inicial ☐ Subsequente ☐

Endereço: _____

Assinatura

IDENTIFICAÇÃO DO CONPRADOR

Nome: _____

Endereço: _____

Identidade Nº: _____

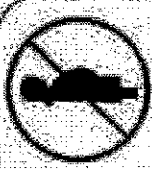
Orgão Emissor: _____

Inscrição: _____

ESPECIALIDADE / SUBSTÂNCIA

Forma: ☐ Injetável ☐ Oral ☐ Adesivo

Indicação



GRATUITO: PRECATORIO
 ACORDO DE COOPERAÇÃO
 DE BOMAS, BOMAS, BOMAS
 E BOMAS E BOMAS

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

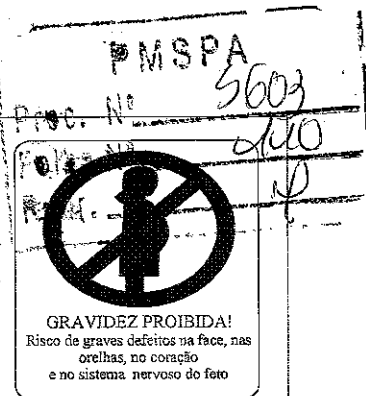
Nome: _____

Data: _____

Atenção: Este documento é de uso exclusivo do sistema de notificação de receitas. Não deve ser utilizado para fins de controle de estoque ou para fins de controle de qualidade.

PMSPA
 Proc. Nº 0603
 Data 10/9
 J

TERMO DE CONHECIMENTO DE RISCO E DE CONSENTIMENTO PÓS-
INFORMAÇÃO PARA HOMENS OU MULHERES MAIORES QUE 55 ANOS DE
IDADE.



Eu, Dr. _____,
registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado _____, sob o número _____,
sou o responsável pelo tratamento e acompanhamento do paciente _____,
do sexo ☐ masculino ☐ feminino, com idade de _____ anos completos, residente na rua _____
_____, estado _____ e telefone para contato _____, para quem estou
indicando o produto:

- ☐ Isotretinoína
- ☐ Acitretina
- ☐ Tretinoína

Com diagnóstico de _____

Se o paciente é do sexo masculino, ou mulher acima de 55 anos de idade:

- 1 Informe ao paciente que este produto pode causar graves defeitos congênitos no corpo dos bebês de mulheres que utilizam na gravidez. Portanto somente pode ser utilizado por ele(a). Não pode ser passado nenhuma outra pessoa.

A Ser Preenchido Pelo Paciente

Eu, _____, Carteira
de identidade número _____ Órgão Expedidor _____,
residente na rua _____, Cidade _____,
Estado _____, e telefone para contato _____, recebi pessoalmente as
informações sobre o tratamento que vou receber e declaro que entendi as orientações prestadas. Entendo que este
remédio é só meu e que não devo passá-lo para ninguém.

Assinatura _____

Nome e Assinatura do responsável caso o paciente seja menor de 21 anos:

Nome _____

Assinatura _____

R.G. do Responsável _____

Médico _____

Data e Assinatura do

CRM _____

**TERMO DE CONHECIMENTOS DE RISCO E CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO
PARA PACIENTES DO SEXO FEMININO MENORES DE 55 ANOS DE IDADE**

(a ser preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente maior de 21 anos de idade ou pelo responsável quando o paciente tiver idade inferior a 21 anos)



GRAVIDEZ PROIBIDA!
Risco de graves defeitos na face, nas
orelhas, no coração
e no sistema nervoso do feto

1. Informe-i à paciente que o produto:

• Isotretinoína

• Tretinoína

• Acitretina

Têm altíssimo risco de causar defeitos congênitos graves no corpo do bebê se for consumido pela mãe durante a gravidez, já nasceram mais de 250 bebês com graves deformações na face, orelhas, coração ou sistema nervoso devido ao uso destas substâncias.

2. Se o remédio prescrito é a isotretinoína, informe-i que a única indicação aprovada para esta substância é “acne nódulo-cística ou conglobata, não responsiva a outros tratamentos”, ou seja, pode ser utilizado apenas na forma mais grave de acne que deixa cicatrizes profundas na pele e não melhora com outros tratamentos. Não deve ser usado em formas mais simples de acne, devido aos sérios riscos acima mencionados.

3. Explique-i que, como estes remédios ficam no corpo durante algum tempo após o tratamento, e podem causar defeitos em bebês mesmo quando a ela já terminou o tratamento, ela deve aguardar os seguintes períodos antes de tentar engravidar após terminar o tratamento com:

• Isotretinoína ou • Tretinoína: Esperar 2 meses

• Acitretina: Esperar 3 anos

4. Realizei um teste de gravidez de alta sensibilidade (que detecta gravidez desde o primeiro dia de atraso menstrual):

Data do teste _____ Resultado _____

5. Recomende-i aguardar o início da próxima menstruação para começar o tratamento.

6. Certifique-i-me que ela está utilizando um método para evitar a gravidez altamente eficaz (recomenda-se abstinência total, dispositivo intra-uterino-DIU - com cobre, anticoncepcional injetável, ou, no caso de mulheres que já tem filhos, são maiores de 30 anos e não desejam engravidar mais, laqueadura tubária).

Método anticoncepcional em uso _____ data de início: _____

7. Solicite-i à paciente que me mantenha sempre informado sobre as reações adversas à medicação, ou sobre qualquer problema com a anticoncepção durante o tratamento, retornando à consulta periodicamente conforme estabelecido.

8. Informe-i à paciente que caso venha a suspeitar que esteja grávida, deverá parar imediatamente o tratamento e me procurar.

9. Comunicarei imediatamente ao fabricante a ocorrência que qualquer efeito colateral grave ou não esperado, bem como a ocorrência de gravidez exposta durante o tratamento ou em prazos inferiores aos previstos no item 3, após tratamento.

(3 vias) 1ª paciente / 2ª médico/3ª farmácia (A Ser Repassada ao Fabricante)