

MEDICINA DE URGÊNCIA

RCG0513 - Estágio em Emergência e Traumatologia



RECEITUÁRIO MÉDICO

Prof. Dr. Antonio Pazin Filho
Departamento de Clínica Médica

RECEITUÁRIO MÉDICO



- **Receita Médica** – Prescrição de medicamento, escrita em língua portuguesa, contendo orientação de uso para o paciente, efetuada por profissional legalmente habilitado, quer seja de formulação magistral ou de produto industrializado.
 - Portaria N.º344/1998 SVS (Secretaria de Vigilância Sanitária/Ministério da Saúde).

RECEITUÁRIO MÉDICO



- **Receita Médica** – Prescrição de medicamento, escrita em língua portuguesa, contendo **orientação de uso para o paciente**, efetuada por profissional legalmente habilitado, quer seja de formulação magistral ou de produto industrializado.
 - Portaria N.º344/1998 SVS (Secretaria de Vigilância Sanitária/Ministério da Saúde).

RECEITUÁRIO MÉDICO



CONCEITOS

- **MEDICAMENTO** – *produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico.*
- **DROGA** – *substância ou matéria-prima que tenha finalidade medicamentosa ou sanitária.*
- **PRODUTO** – *toda substância, mistura de substâncias, vegetais ou parte de vegetais, fungos ou bactérias, que sofreram ou não transformação, manipulação ou industrialização, e com possibilidade de ser ingerido ou administrado a homem ou animal.*
- **SUBSTÂNCIA** – *qualquer agente químico que afeta o protoplasma vivo.*

RECEITUÁRIO MÉDICO



CONCEITOS

- **DENOMINAÇÃO COMUM BRASILEIRA (DCB)** – *denominação do fármaco* ou de princípio farmacologicamente ativo, aprovada por órgão federal responsável pela vigilância sanitária.
- **DENOMINAÇÃO COMUM INTERNACIONAL (DCI)** – *denominação do fármaco* ou de princípio farmacologicamente ativo, recomendada pela Organização Mundial de Saúde.

RECEITUÁRIO MÉDICO



CONCEITOS

- **PSICOTRÓPICO** – substância que pode determinar dependência física ou psíquica, e relacionada, como tal, nas listas aprovadas pela Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas.
- **ENTORPECENTE** – *substância que pode determinar dependência física* ou psíquica relacionada, como tal, nas listas aprovadas pela Convenção Única sobre Entorpecentes.

RECEITUÁRIO MÉDICO



CONCEITOS

- **Notificação de Receita** – é o documento que acompanhado de receita autoriza a dispensa de medicamentos à base de substâncias constantes nas listas do Regulamento Técnico:
 - A1 e A2 (entorpecentes)
 - A3
 - B1 e B2 (psicotrópicas)
 - C2 (retinoicas para uso sistêmico)
 - C3 (imunossupressoras)

RECEITUÁRIO MÉDICO

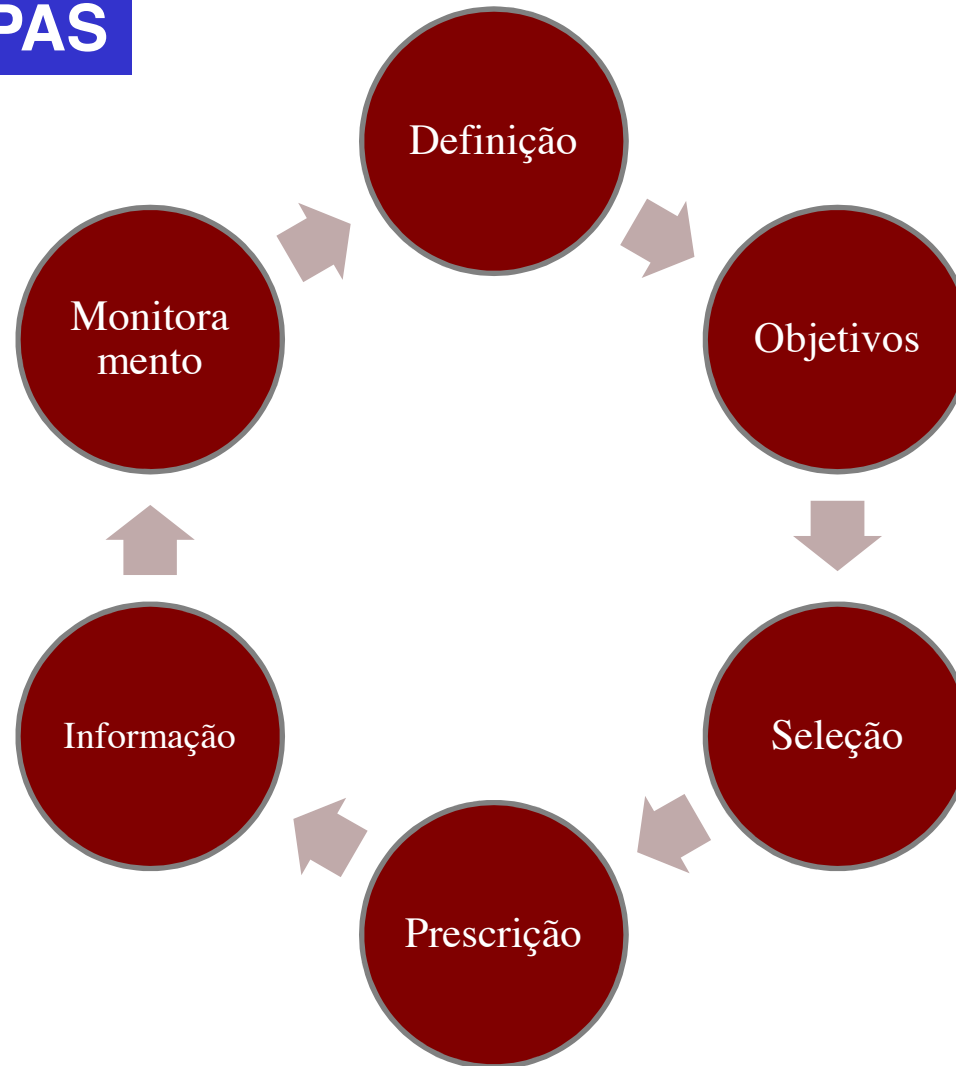


CONCEITOS

- **Reação Adversa a Medicamentos – A Organização Mundial de Saúde (OMS) define reação adversa a medicamentos (RAM) como “qualquer efeito prejudicial ou indesejável, não intencional, que aparece após a administração de um medicamento em doses”** normalmente utilizadas no homem para a profilaxia, o diagnóstico e o tratamento de uma enfermidade. Não se recomenda mais a expressão: “efeitos colaterais”, e sim, RAM.

RECEITUÁRIO MÉDICO

ETAPAS



RECEITUÁRIO MÉDICO

COMPOSIÇÃO DA RECEITA



ESSENCIAIS

- 1. Cabeçalho** – impresso que inclui nome e endereço do profissional ou da instituição onde trabalha (clínica ou hospital); registro profissional e número de cadastro de pessoa física ou jurídica, podendo conter, ainda, a especialidade do profissional.
- 2. Superinscrição** – constituída por nome e endereço do paciente, idade, quando pertinente
- 3. Inscrição** – compreende o nome do fármaco, a forma farmacêutica e sua concentração.
- 4. Subscrição** – designa a quantidade total a ser fornecida; para fármacos de uso controlado, essa quantidade deve ser expressa em algarismos arábicos, escritos por extenso, entre parênteses.
- 5. Adscrição** – é composta pelas orientações do profissional para o paciente.
- 6. Data e assinatura.**

RECEITUÁRIO MÉDICO



COMPOSIÇÃO DA RECEITA

ESSENCIAIS

- 1. Cabeçalho** – impresso que inclui nome e endereço do profissional ou da instituição onde trabalha (clínica ou hospital); registro profissional e número de cadastro de pessoa física ou jurídica, podendo conter, ainda, a especialidade do profissional.
- 2. Superinscrição** – constituída por nome e endereço do paciente, idade, quando pertinente
- 3. Inscrição** – compreende o nome do fármaco, a forma farmacêutica e sua concentração.
- 4. Subscrição** – designa a quantidade total a ser fornecida; para fármacos de uso controlado, essa quantidade deve ser expressa em algarismos arábicos, escritos por extenso, entre parênteses.
- 5. Adscrição** – é composta pelas orientações do profissional para o paciente.
- 6. Data e assinatura.**

FACULTATIVAS

- Peso, altura, dosagens específicas como usadas na Pediatria.
- O verso do receituário pode ser utilizado para dar continuidade à prescrição, aprazamento de consulta de controle, e para as orientações de repouso, dietas, possíveis efeitos colaterais ou outras informações referentes ao tratamento.

RECEITUÁRIO MÉDICO



EXEMPLO – PARTE ANTERIOR

Dr. Hipócrates da Grécia
Av. Epitácio Pessoa, 453, Centro.
João Pessoa, Paraíba.
Telefone: (083)3224 0978
CRM PB 00002 – CPF 077 436 543/15

Sra. Maria Fulana da Silva
Rua João Lagoa da Silva, 325.
João Pessoa, Paraíba.

Uso interno
Ciprofloxacino 500mg _____ 14 comprimidos

Tomar 1(um) comprimido, por via oral, a cada 12 (doze) horas, por 7 (sete) dias.

João Pessoa, 03 de dezembro de 2008.

Assinatura do profissional

RECEITUÁRIO MÉDICO



EXEMPLO – PARTE ANTERIOR

Dr. Hipócrates da Grécia
Av. Epitácio Pessoa, 453, Centro.
João Pessoa, Paraíba.
Telefone: (083)3224 0978
CRM PB 00002 – CPF 077 436 543/15

← CABEÇALHO

Sra. Maria Fulana da Silva
Rua João Lagoa da Silva, 325.
João Pessoa, Paraíba.

Uso interno
Ciprofloxacino 500mg _____ 14 comprimidos

Tomar 1(um) comprimido, por via oral, a cada 12 (doze) horas, por
7 (sete) dias.

João Pessoa, 03 de dezembro de 2008.

Assinatura do profissional

RECEITUÁRIO MÉDICO



EXEMPLO – PARTE ANTERIOR

Dr. Hipócrates da Grécia
Av. Epitácio Pessoa, 453, Centro.
João Pessoa, Paraíba.
Telefone: (083)3224 0978
CRM PB 00002 – CPF 077 436 543/15

Sra. Maria Fulana da Silva
Rua João Lagoa da Silva, 325.
João Pessoa, Paraíba.

← **SUPERINSCRIÇÃO**

Uso interno

Ciprofloxacino 500mg _____ 14 comprimidos

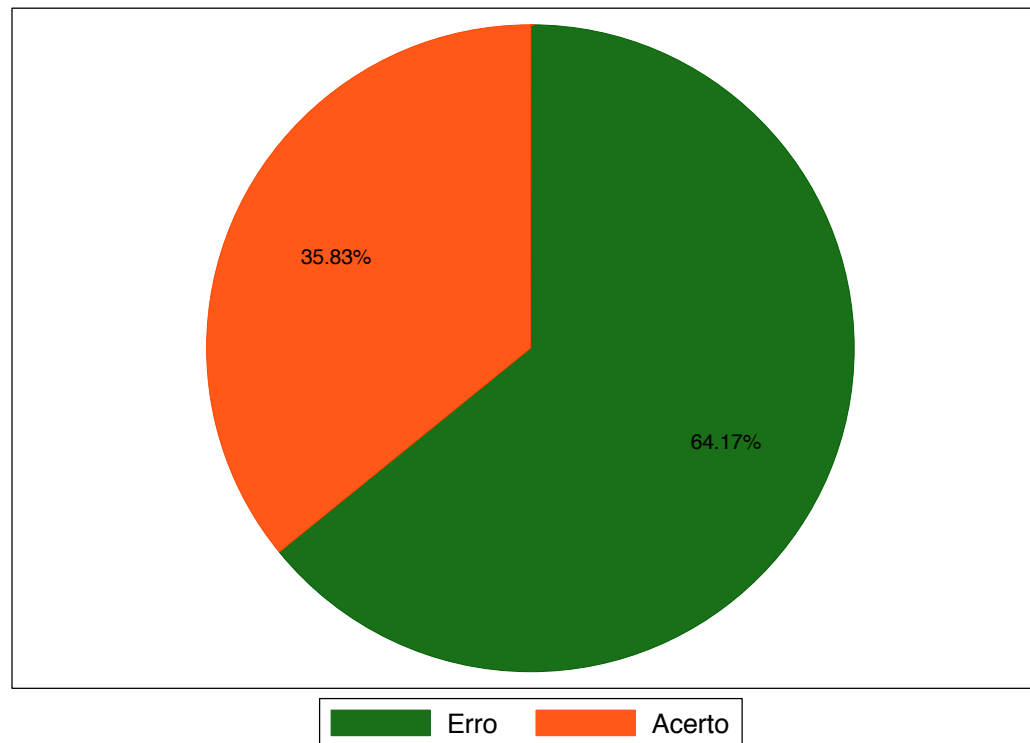
Tomar 1(um) comprimido, por via oral, a cada 12 (doze) horas, por 7 (sete) dias.

João Pessoa, 03 de dezembro de 2008.

Assinatura do profissional



Q1 - IDENTIFICAÇÃO – (VALOR (1,0)) - o candidato deve identificar a prescrição, colocando o nome da paciente no espaço adequado. A identificação de que a prova pertence ao candidato deve ser garantida pelo observador, ao grampear a folha de prescrição com a folha de prova.



RECEITUÁRIO MÉDICO



EXEMPLO – PARTE ANTERIOR

Dr. Hipócrates da Grécia
Av. Epitácio Pessoa, 453, Centro.
João Pessoa, Paraíba.
Telefone: (083)3224 0978
CRM PB 00002 – CPF 077 436 543/15

Sra. Maria Fulana da Silva
Rua João Lagoa da Silva, 325.
João Pessoa, Paraíba.

Uso interno

Ciprofloxacino 500mg _____ 14 comprimidos

Tomar (um) comprimido, por via oral, a cada 12 (doze) horas, por
7 (sete) dias.

INSCRIÇÃO

João Pessoa, 03 de dezembro de 2008.

Assinatura do profissional

RECEITUÁRIO MÉDICO



EXEMPLO – PARTE ANTERIOR

Dr. Hipócrates da Grécia
Av. Epitácio Pessoa, 453, Centro.
João Pessoa, Paraíba.
Telefone: (083)3224 0978
CRM PB 00002 – CPF 077 436 543/15

Sra. Maria Fulana da Silva
Rua João Lagoa da Silva, 325.
João Pessoa, Paraíba.

Uso interno
Ciprofloxacino 500mg _____ 14 comprimidos

Tomar 1(um) comprimido, por via oral, a cada 12 (doze) horas, por
7 (sete) dias.

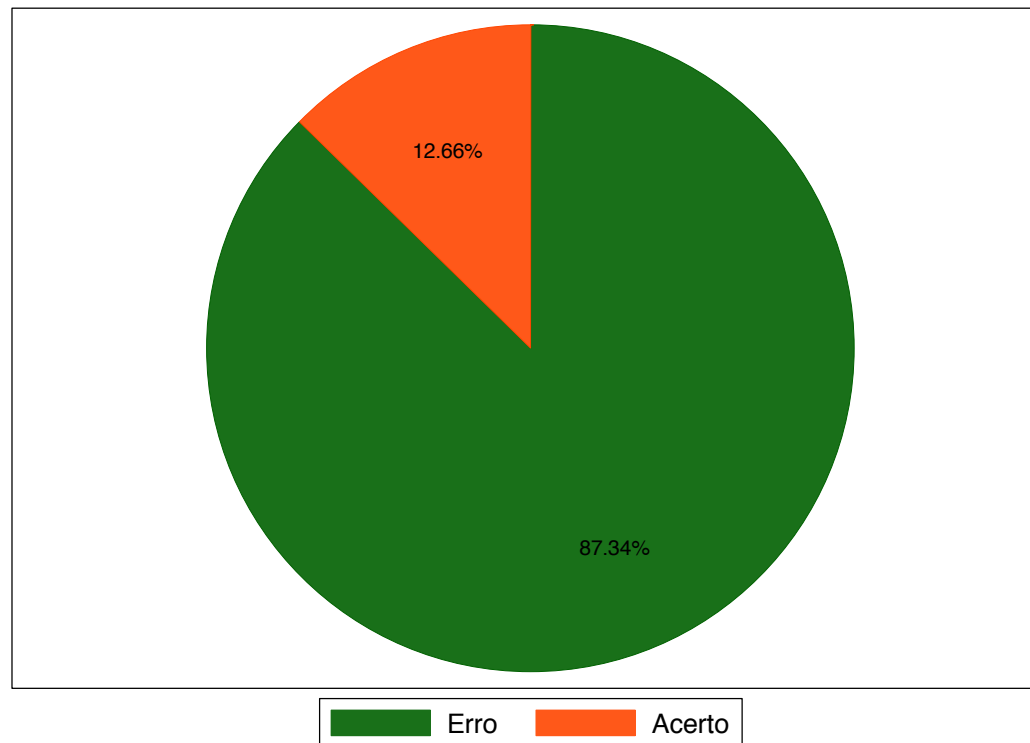
João Pessoa, 03 de dezembro de 2008.

DATA E ASSINATURA



Assinatura do profissional

Q 10 - NOME LEGÍVEL, ASSINATURA E DATA -
(VALOR (1,0) - o candidato deve colocar seu nome de modo legível, assinar e colocar a data da prescrição.



RECEITUÁRIO MÉDICO



EXEMPLO – PARTE ANTERIOR

Dr. Hipócrates da Grécia
Av. Epitácio Pessoa, 453, Centro.
João Pessoa, Paraíba.
Telefone: (083)3224 0978
CRM PB 00002 – CPF 077 436 543/15

← CABEÇALHO

Sra. Maria Fulana da Silva
Rua João Lagoa da Silva, 325.
João Pessoa, Paraíba.

← SUPERINSCRIÇÃO

Ciprofloxacino 500mg

Uso interno

14 comprimidos

← SUBINSCRIÇÃO

Tomar (um) comprimido, por via oral, a cada 12 (doze) horas, por 7 (sete) dias.

↑ INSCRIÇÃO

DATA E ASSINATURA →

João Pessoa, 03 de dezembro de 2008.

Assinatura do profissional

RECEITUÁRIO MÉDICO



EXEMPLO – PARTE POSTERIOR

Sra. Maria Fulana da Silva
Rua João Lagoa da Silva, 325.
João Pessoa, Paraíba.

RECOMENDAÇÕES:

Não esquecer de tomar os medicamentos na hora certa.

Não interromper o tratamento, mesmo havendo desaparecimento dos sintomas.

Retornar no dia seguinte ao término do tratamento com o antibiótico.

Local e data

Assinatura do profissional

RECEITUÁRIO MÉDICO



EPIDEMIOLOGIA

- 56,4% das consultas resultam em prescrição médica.
- Apenas em cerca de 30% das consultas se pergunta sobre reações alérgicas e uso de outros medicamentos.
- Nelas, pouco se informa aos pacientes sobre possíveis reações adversas (26,7%) ou interações medicamentosas (41,8%).

RECEITUÁRIO MÉDICO



- **Letra de Médico – Código de Ética Médica – É vedado ao Médico:**
 - Art.39 – Receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos.
- **Rasuras na Receita Médica – Lei 5991/73. Capítulo VI:**
 - Art.43 – O registro do receituário e dos medicamentos sob regime de controle sanitário especial não poderá conter rasuras, emendas ou irregularidades que possam prejudicar a verificação de sua autenticidade.
 - Os demais receituários também não deverão conter rasuras. Se presentes, deverão ser justificadas em observações escritas, no mesmo receituário, pelo profissional.

RECEITUÁRIO MÉDICO



TROCAR
RECEITA

TRANSCREVER
RECEITA

RECEITUÁRIO MÉDICO



RECEITA ESPECIAL - AZUL

- **Receita Azul ou Receita B** – Notificação de Receita B é um impresso, padronizado, na cor azul, utilizado na prescrição de medicamentos que contenham substâncias psicotrópicas – listas B1 e B2 e suas atualizações constantes na Portaria 344/98.
 - Terá validade por 30(trinta) dias, a partir de sua emissão
 - Validade apenas na unidade federativa que concedeu a numeração
 - Poderá conter 5(cinco) ampolas - para as demais formas farmacêuticas, o tratamento será correspondente a 60(sessenta) dias.

| | | | | | |
|--|--------|---------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--|
| NOTIFICAÇÃO DA RECEITA | | IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE | | Medicamento ou Substância | |
| UF | NUMERO | B | | Quantidade e Forma Farmacológica | |
| | | | | Dose por Unidade Posológica | |
| de de | | Paciente: | | Posologia | |
| de de | | Endereço: | | | |
| Assinatura do Emissor | | | | | |
| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR | | | CARIMBO DO FORNECEDOR | | |
| Nome: | | | Nome do Vendedor | | |
| Endereço: | | | Data | | |
| Telefone: | | | | | |
| Identidade No. Órgão Emissor: | | | | | |
| Dados de Gráfica: Nome - Endereço Completo - CPO | | | Numeração desta Impressão de até | | |

| | | | | | |
|--|--------|---------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--|
| NOTIFICAÇÃO DA RECEITA | | IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE | | Medicamento ou Substância | |
| UF | NUMERO | B2 | | Quantidade e Forma Farmacológica | |
| | | | | Dose por Unidade Posológica | |
| de de | | Paciente: | | Posologia | |
| de de | | Endereço: | | | |
| Assinatura do Emissor | | | | | |
| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR | | | CARIMBO DO FORNECEDOR | | |
| Nome: | | | Nome do Vendedor | | |
| Endereço: | | | Data | | |
| Telefone: | | | | | |
| Identidade No. Órgão Emissor: | | | | | |
| Dados de Gráfica: Nome - Endereço Completo - CPO | | | Numeração desta Impressão de até | | |

RECEITUÁRIO MÉDICO



RECEITA ESPECIAL - AMARELA

- **Receita Amarela ou Receita A** – A Notificação de Receita A é um impresso, na cor amarela, para a prescrição dos medicamentos das listas A1 e A2 (entorpecentes) e A3 (psicotrópicos).
 - Poderá conter somente um produto farmacêutico.
 - Válida por 30 (trinta) dias, a contar da data de sua emissão, em todo o território nacional.
 - As notificações de Receita “A”, quando para aquisição em outra unidade federativa, precisarão que sejam acompanhadas de receita médica com justificativa de uso. E as farmácias, por sua vez, ficarão obrigadas a apresentá-las, dentro do prazo de 72 (setenta e duas) horas, à Autoridade Sanitária local, para averiguação e visto.

| NOTIFICAÇÃO DE RECEITA | | IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE | ESPECIALIDADE FARMACÊUTICA |
|---|--------|-----------------------------|--|
| UF | NÚMERO | | Nome: _____ |
| | | | Qualidade e Apresentação |
| | | | Forma Farm. Concoent. Unid. Psicologia |
| Data ____ de ____ de ____ | A | Paciente _____ | |
| Assinatura do Emitente | | Endereço _____ | |
| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR | | IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR | |
| Paciente _____ | | Nome _____ | |
| Endereço _____ | | Data ____/____/____ | |
| Identidade _____ Órgão Emissor _____ Telefone _____ | | | |
| Dados da Gráfica: Nome - Endereço - CGC | | | |

RECEITUÁRIO MÉDICO



RECEITA ESPECIAL - BRANCA

- **Notificação de Receita Especial de Retinoides** – lista C2 (Retinoides de uso sistêmicos), com validade por um período de 30 (trinta) dias e somente dentro da unidade federativa que concedeu a numeração. Poderá conter 05 (cinco) ampolas. Para as demais formas farmacêuticas, a quantidade para o tratamento corresponderá, no máximo, a 30 (trinta) dias, a partir da sua emissão.

| | | | |
|--|--|---|--|
| NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL RETINÓIDES SISTÊMICOS (Verificar Termo de Controle) | IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE | ESPECIALIDADE / SUBSTÂNCIA |  GRAVIDEZ PROIBIDA! Risco de graves defeitos na face, nas orelhas, no coração e no sistema nervoso do feto. |
| UF <input type="text"/> NÚMERO <input type="text"/> Data ____ de ____ de ____ | Paciente _____ Idade _____ Sexo _____ Prescrição Inicial <input type="checkbox"/> Subsequente <input type="checkbox"/> | Substância <input type="checkbox"/> Isotretinoína <input type="checkbox"/> Tretinoína <input type="checkbox"/> Acetretina Posologia _____ | |
| Assinatura _____ | IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome _____ Endereço _____ Identidade No. _____ Órgão Emissor _____ Telefone _____ | IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR Assinatura _____ Data ____/____/____ | |
| Dados de Gráfica: Nome - Endereço Completo - CGC | | Numeração desta Impressão de _____ até _____ | |

RECEITUÁRIO MÉDICO



RECEITA ESPECIAL - TALIDOMIDA

- Notificação de Receita Especial para Talidomida – lista C3 - Tratamento para 30 (trinta) dias; validade de 15 (quinze) dias.

| | | |
|--|--|---|
| NOTIFICAÇÃO DE RECEITA TALIDOMIDA UF _____ NÚMERO _____ Data ____ de ____ de ____ | IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO Nome: _____ Endereço: _____ Especialidade: _____ CRM: _____ CPF: _____ | IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO TALIDOMIDA (100mg) Quantidade (em algarismos arábicos e por extenso) em comprimidos: _____ doce diária _____mg |
| CID | Assinatura do Emitente/Carimbo IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Fone: () _____ Endereço: _____ Doc. Identificação: _____ Tipo: _____ Órg. Emissor _____ | DADOS SOBRE A DISPENSAÇÃO Quantidade (Comp.) _____ Nome do Dispensador: _____ Assinatura/Carimbo do Responsável Técnico _____ Data da Dispensação _____ |
| IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE No. DA UNIDADE: _____ No. DA INSC. PROG.: _____ DATA DE INSCRIÇÃO: _____ | IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL (SE FOR O CASO) Nome: _____ Endereço: _____ Fone () _____ Doc. Identificação: _____ Tipo: _____ Órg. Emissor _____ | Carimbo Padronizado da Unidade de Saúde |

RECEITUÁRIO MÉDICO



RECEITA ESPECIAL – ANTI-RETROVIRAIS

- **Substâncias anti-retrovirais – lista C4** - Formulário próprio, estabelecido pelo programa de DST/AIDS.

RECEITUÁRIO MÉDICO



| LISTAS | Cor da Notificação Receita | Receita Conrole Especial ou Comum | Quantidade Comprim. | Quantidade Ampolas | Validade da Notificação Receita |
|--------|----------------------------|-----------------------------------|---------------------|--------------------|---------------------------------|
| A1 | Amarela | - | P/ 30 dias | 5 | 30 dias |
| A2 | Amarela | - | P/ 30 dias | 5 | 30 dias |
| A3 | Amarela | - | P/ 30 dias | 5 | 30 dias |
| B1 | Azul | - | P/ 60 dias | 5 | 30 dias |
| B2 | Azul | - | P/ 60 dias | 5 | 60 dias |
| C1 | - | Sim | P/ 60 dias | 5 | 30 dias |
| C2 | Branca | S/retenção | P/ 30 dias | 5 | 30 dias |
| C3 | Branca | - | P/ 30 dias | - | 15 dias |
| C4 | - | Sim | - | - | 30 dias |
| C5 | - | Sim | P/ 60 dias | 5 | P/30 dias |
| D1 | - | S/retenção | - | - | - |

Manual de orientações Básicas para prescrição médica / Célia Maria Dias Madruga, Eurípedes Sebastião Mendonça de Souza. - João Pessoa: Idéia, 2009.

RECEITUÁRIO MÉDICO



| Tipo de Notificação | Notificação de Receita "A" | Notificação de Receita "B" | Notificação de Receita Retinoides |
|--|-----------------------------------|---|--|
| Medicamentos | Entorpecentes | Psicotrópicas | Retinoides Sistêmico |
| Listas | A1, A2, e A3 | B1 e B2 | C2 |
| Abrangência | Em todo o território nacional | Na unidade federativa onde for concedida a numeração | |
| Quem imprime o talão da notificação | Autoridade Sanitária | O profissional retira a numeração junto à Autoridade Sanitária, escolhe a gráfica para imprimir o talão às suas expensas. | |

RECEITUÁRIO MÉDICO



| Receita de Controle Especial ou Comum | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Medicamentos | Controle Especial | Anabolizantes | Anti-retrovirais | Adenos das listas |
| Listas | C1 | C5 | C4 | A1, A2, B1 |
| Abrangência | Todo o território nacional | Todo o território nacional | Todo o território nacional | Todo o território nacional |
| Quem imprime o talão | O profissional | O profissional | O profissional | O profissional |

RECEITUÁRIO MÉDICO



- **Responsabilidade da Guarda e Controle dos Talonários -**
Os medicamentos e substâncias constantes da Portaria SVS/MS nº. 344/98 e suas atualizações deverão ser obrigatoriamente guardados sob chave ou outro dispositivo que ofereça segurança, em local exclusivo para esse fim, sob a responsabilidade do farmacêutico.
 - Em caso de roubo ou extravio, o médico deve registrar um Boletim de Ocorrência Policial (BO) e informá-lo à autoridade sanitária, comunicar ao Conselho Regional;
 - em caso de serviço público e, ainda, à chefia imediata, municipal, estadual ou federal.

RECEITUÁRIO MÉDICO



- **Notificação de Receitas para pacientes internados ou semi-Internados.**
 - De acordo com o Art. 35, § 6º da Portaria SVS/MS nº 344/ 1998, a Notificação de Receita **não será exigida para pacientes internados nos estabelecimentos hospitalares**, médico ou médico veterinário, oficiais ou particulares; a dispensação, porém, se fará mediante receita ou outro documento equivalente (prescrição diária de medicamento), subscritos em papel privativo do estabelecimento.



Q7 - SEDATIVO/HIPNÓTICO - (VALOR (1,0) - prescrição em receituário azul em separado para garantir que a medicação venha da farmácia do hospital. Em virtude do problema de tempo, pode ser possível que o candidato não tenha tempo de preencher corretamente todo o receituário. Será considerada correta a resposta se o candidato iniciar a prescrição e colocar o nome do benzodiazepínico.

