

# MANUAL DE ORIENTAÇÃO SOBRE PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL

## **NOTIFICAÇÃO DE RECEITA**

A Notificação de Receita é o documento padronizado que acompanhado de receita, autoriza a dispensação ou aviamento de medicamentos sujeitos a controle especial.

O profissional deve prescrever medicamentos ou uma fórmula em seu receituário comum, porém esta deverá vir acompanhada da:

### **Notificação de Receita "A" (COR AMARELA)**

Listas A1 e A2– Substâncias Entorpecentes; Lista A3 – Substâncias Psicotrópicas

### **Notificação de Receita "B" (COR AZUL)**

Lista B1– Substâncias Psicotrópicas; Lista B2 – Substâncias Psicotrópicas e Anorexígenas

### **Notificação de Receita Especial (COR BRANCA)**

Lista C2 – Substâncias Retinóicas

### **Receita de Controle Especial em duas vias (COR BRANCA)**

Lista C1 – Outras substâncias sujeitas a controle especial

Lista C5 – Substâncias Anabolizantes

## **PREENCHIMENTO DAS NOTIFICAÇÕES DE RECEITA**

A Notificação de Receita deverá estar preenchida de forma legível, sendo a quantidade escrita em algarismos arábicos por extenso, sem emenda ou rasura.

As Notificações de Receita deverão conter todos os itens devidamente impressos e apresentando as seguintes características:

- **Sigla da Unidade da Federação (RJ)**, impresso pela gráfica.
- **Identificação numérica**: seqüência numérica fornecida pelo CREMERJ que deve ser precedida com o nº da Unidade da Federação do Estado do Rio de Janeiro (33), impresso pela gráfica.
- **Identificação do emitente**: este campo deve ser impresso pela gráfica, com: nome, endereço e telefone completos do profissional e o número da sua inscrição no CRM; nome e endereço completos da instituição, com o número do CNPJ.
- **Identificação do paciente**: nome e endereço completos.
- **Medicamento ou substância**: prescrito sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB).

- **Quantidade e forma farmacêutica:** quantidade (em algarismo arábico e por extenso) necessária constando a dosagem ou concentração por unidade posológica.
- **Posologia:** quantidade que o paciente irá utilizar por dia ou hora.

**Exemplo:**

**Medicamento:** Sulfato de Morfina

**Quantidade:** preenchidas em algarismos arábicos e por extenso: 60 (sessenta)

**Forma farmacêutica:** comp. 30 mg.

**Posologia:** tomar 02 comprimidos ao dia por 30 dias.

- **Data de emissão.**
- **Assinatura do emitente:** Quando os dados do profissional estiverem devidamente impressos no campo do emitente, este poderá apenas assinar a Notificação de Receita. No caso do campo do emitente apresentar os dados de uma Instituição, o profissional deverá identificar a assinatura mediante carimbo próprio, contendo o número de inscrição no CRM, ou manualmente de forma legível.
- **Identificação do comprador:** nome completo do paciente, número do documento de identificação, endereço completo e telefone do mesmo.
- **Carimbo do fornecedor:** nome do vendedor que dispensou o medicamento e data.
- **Identificação da gráfica:** nome, endereço completo e CNPJ, impressos no rodapé.
- **Numeração desta impressão:** numeração inicial e final da impressão, autorizada pelo CREMERJ.

As Notificações de Receita devem sempre estar acompanhadas de uma receita comum do médico, que é o documento comprovante do paciente.

A Notificação de Receita será retida pela farmácia ou drogaria e a receita comum do médico devolvida ao paciente devidamente carimba.

**Obs.1:** Segundo mensagem eletrônica da Gerência de Monitoração da Qualidade, Controle e Fiscalização de Insumos, Medicamentos e Produtos da ANVISA, não existe padronização acerca das dimensões das Notificações de Receita. O importante é que contenha exatamente todas as informações contidas na legislação vigente.

**Obs.2:** O canhoto é opcional; serve apenas para controle do médico.

## NOTIFICAÇÃO DE RECEITA "A" (COR AMARELA)

Lista das Substâncias A1 e A2 - Entorpecentes

Lista das Substâncias A3 - Psicotrópicos

O formulário é dividido em seções para preenchimento de dados pessoais, identificação do emitente, especialidade farmacêutica, identificação do comprador e do fornecedor, e uma seção final para nome e endereço da gráfica.

<b>NOTIFICAÇÃO DE RECEITA</b>		<b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b>	<b>ESPECIALIDADE FARMACÊUTICA</b>
UF _____	NÚMERO _____	(b)	Nome _____
(a)			(d)
Data ____ de (e) de ____		Paciente _____	Quantidade e Apresentação _____
(f)		Endereço _____ (c)	Forma Farm. Concert./Unid. Posolga _____
Assinatura do Emitente _____			
<b>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</b>		<b>IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</b>	
Nome _____		(h)	
Endereço _____ (g)		Nome _____	
Identidade N° _____ Órgão Emissor _____ Telefone _____		Data ____/____/____	
Nome - Endereço - CNPJ/CGO da Gráfica _____ (i)			

A **Notificação de Receita "A"** é distribuída, gratuitamente, aos médicos e estabelecimentos de saúde, pela Secretaria de Vigilância Sanitária do Estado do Rio de Janeiro.

Neste caso, o campo de identificação do emitente será colocado pela Autoridade Sanitária mediante aposição do **carimbo do médico ou da instituição de saúde**, em todas as folhas do talonário.

O **carimbo** deve conter: nome e endereço completos do profissional com o número de inscrição no CRM ou nome e endereço completos da instituição com o número do CNPJ.

### PREENCHIMENTO

Item colocado pela Autoridade Sanitária, mediante aposição do carimbo: **b**

Itens de preenchimento obrigatórios do prescritor: **c, d, e, f**

Itens de preenchimento obrigatórios do dispensador: **g, h**

Itens de impressão obrigatória: **a, i**

### INFORMAÇÕES GERAIS

- Válida por 30 dias e em todo **território nacional**, sendo necessário que seja acompanhada da receita médica com justificativa do uso, quando para aquisição em outra Unidade Federativa.
- Limitado a 05 ampolas por medicamento.

- A quantidade dos demais medicamentos fica limitada a no máximo 30 dias de tratamento.
- Acima das quantidades previstas, o prescritor deve preencher uma justificativa, datar e assinar.
- Para preencher a Ficha Cadastral e receber o primeiro talonário, o profissional deve ir pessoalmente a Autoridade Sanitária local, munido de: carteira do Conselho Regional de Medicina (CRM), comprovante de endereço residencial ou do consultório (podendo ser uma conta de luz ou telefone), e carimbo com os dados: nome e endereço completo do profissional e o nº do CRM do Conselho Regional de Medicina.
- Na hipótese de o profissional não poder comparecer pessoalmente à Autoridade Sanitária local poderá solicitar, por escrito, o seu cadastramento e os talonários necessários, através de um portador autorizado.

A Notificação de Receita “A” (amarela) é distribuída pela **Secretaria de Saúde e Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro**: Rua México, nº 128/5º andar - Telefones: (21) 2240-2768/2248-2868/Fax: 2220-5089. **Site:** [www.saude.rj.gov.br](http://www.saude.rj.gov.br)

## NOTIFICAÇÃO DE RECEITA "B" (COR AZUL)

### **Lista de Substâncias B1 - Psicotrópicos**

### **Lista de Substâncias B2 - Psicotrópicos Anorexígenos**

Esta receita, desde que obedecidas as normas estabelecidas pela Portaria nº 344/98 e Resolução SES nº 1.370, de 30 de agosto de 1999, pode ser impressa por sistema informatizado de uso pessoal, devendo, neste caso, constar no rodapé de cada folha do talonário, o CPF do profissional prescriptor e a numeração inicial e final concedidas para confecção do talonário de Notificação de Receita B.

## NOTIFICAÇÃO DE RECEITA B

O formulário é dividido em várias seções:

- NOTIFICAÇÃO DE RECEITA:** Contém campos para UF e NÚMERO, rotulados como (a).
- IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE:** Campo rotulado como (b).
- Medicamento ou Substância:** Campo rotulado como (d).
- Quantidade e Forma Farmacéutica:** Campo rotulado como (d).
- Dias por Unidade Posológica:** Campo rotulado como (d).
- Posologia:** Campo rotulado como (d).
- Assinatura do Emitente:** Campo rotulado como (f).
- IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR:** Campos para Nome, Endereço (rotulado como g), Telefone e Identidade Nº. Org. Emisor.
- CARIMBO DO FORNECEDOR:** Campo rotulado como (h), com subcampos para Nome do Vendedor e Data.
- Dados da Gráfica:** Campo rotulado como (i) na base esquerda.
- Numeração das impressões:** Campo rotulado como (i) na base direita, com o texto "Numeração das impressões: de 175.001 a 215.000".

## PREENCHIMENTO

Itens de preenchimento obrigatórios do prescriptor: **c, d, e, f**

Itens de preenchimento obrigatórios do dispensador: **g, h**

Itens de impressão obrigatória: **a, b, i**

## INFORMAÇÕES GERAIS

- Válida por 30 dias e somente dentro da **Unidade Federativa** que concedeu a numeração.
- A numeração é concedida, no Estado do Rio de Janeiro, pelo **CREMERJ** (Sede, Subsedes ou Seccionais).
- Limitado a 05 ampolas por medicamento.
- A quantidade dos medicamentos fica limitada a no máximo 60 dias de tratamento.
- Impressa pelo profissional, hospitais, clínicas ou instituição.

- Acima das quantidades previstas, o prescritor deve preencher uma justificativa, datar e assinar.
- Em casos de emergência, os medicamentos à base de substâncias sujeitas à Notificação de Receita B poderão ser prescritos em receituário comum, devendo este conter, obrigatoriamente, a justificativa do caráter emergencial do atendimento, data, nome, endereço, nº da inscrição no Conselho Regional e assinatura do prescritor, além de constar a identificação do paciente com todos os dados obrigatórios na Notificação de Receita B (Resolução SES nº 1.370/1999).

## NOTIFICAÇÃO DE RECEITA B2

O formulário é dividido em seções principais:

- NOTIFICAÇÃO DE RECEITA:** Contém campos para UF (rotulado (a)) e NÚMERO (rotulado (e)).
- IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE:** Campo rotulado (b).
- Medicamento ou Substância:** Campo rotulado (d).
- Quantidade e Forma Farmacéutica:** Campo rotulado (d).
- Dose por Unidade Posológica:** Campo rotulado (d).
- Posologia:** Campo rotulado (d).
- Assinatura do Emitente:** Campo rotulado (f).
- IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR:** Campos para Nome, Endereço (rotulado (g)), Telefone e Identidade N.º. Org. Emissor.
- CARIMBO DO FORNECEDOR:** Campo rotulado (h) com subcampos para Nome do Vendedor e Data.
- Dados da Gráfica:** Campo rotulado (i) na base esquerda.
- Numeração das Impressões:** Campo rotulado (i) na base direita, com o texto "Numeração das Impressões de 175.001 a 215.000".

### PREENCHIMENTO

Itens de preenchimento obrigatórios do prescritor: **c, d, e, f**

Itens de preenchimento obrigatórios do dispensador: **g, h**

Itens de impressão obrigatória: **a, b, i**

### INFORMAÇÕES GERAIS


- Válida por 30 dias, contados a partir de sua emissão, e somente dentro da Unidade Federativa que concedeu a numeração.
- A numeração é concedida, no Estado do Rio de Janeiro, pelo **CREMERJ** (Sede, Subsedes ou Seccionais).
- Limitado a 05 ampolas por medicamento.
- A quantidade dos medicamentos fica limitada a no máximo 30 dias de tratamento.
- Acima das quantidades previstas, o prescritor deve preencher uma justificativa, datar e assinar.
- Impressa pelo profissional, hospitais, clínicas ou instituição.
- Como determina a Resolução-RDC ANVISA, nº 58/2007, não poderão ser prescritas nem aviadas fórmulas com anorexígenos acima das Doses Diárias Recomendadas (DDR):

Femproporex: 50 mg/dia;  
Fentermina: 60 mg/dia;  
Anfepramona: 120 mg/dia;  
Mazindol: 3 mg/dia.

- Fica vedada, também, a prescrição de fórmulas com: dois ou mais anorexígenos associados; anorexígenos associados com ansiolíticos, antidepressivos, diuréticos, hormônios, extratos hormonais e laxantes (mesmo em preparações separadas); anorexígenos associados com simpatolíticos ou parassimpatolíticos.



**NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL (COR BRANCA)**  
**Lista de Substâncias C2 - Retinóides de uso sistêmico**

<p><b>NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL</b>  <b>RETINÓIDES SISTÊMICOS</b>          (Verificar Termo de Consentimento)</p> <p>UF _____ Nº _____</p> <p><b>(a)</b></p> <p>Data ____/____/____</p> <p><b>(e)</b></p> <p><b>(f)</b></p> <p>Assinatura _____</p>	<p><b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b></p> <p><b>(b)</b></p> <p>Paciente _____</p> <p>Idade _____ <b>(c)</b> Sexo _____</p> <p>Prescrição: Inicial <input type="checkbox"/> Subsequente <input type="checkbox"/></p> <p>Endereço _____</p>	<p><b>ESPECIALIDADE / SUBSTÂNCIA</b></p> <p>Nome:</p> <p><input type="checkbox"/> Intravenosa <b>(d)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tópica</p> <p><input type="checkbox"/> Aquecida</p> <p>Posologia <b>(d)</b></p> <p></p> <p><b>GRAVIDEZ PROIBIDA</b>          Risco de graves defeitos na face, nas orelhas, no coração e no sistema nervoso do feto.</p>
<p><b>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</b></p> <p>Nome: _____</p> <p>Endereço: _____ <b>(g)</b></p> <p>Identidade Nº _____ Órgão Emissor _____ Telefone: _____</p> <p>Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CCG _____</p> <p><b>(i)</b></p>		<p><b>IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</b></p> <p><b>(h)</b> _____</p> <p>Nome _____</p> <p>_____</p> <p>Data _____</p> <p>Numeração desta impressão de _____ até _____</p> <p><b>(i)</b></p>

**PREENCHIMENTO**

Itens de preenchimento obrigatórios do prescritor: **c, d, e, f**

Itens de preenchimento obrigatórios do dispensador: **g, h**

Itens de impressão obrigatória: **a, b, i**

**INFORMAÇÕES GERAIS**

- Válida por 30 dias e somente dentro da Unidade Federativa que concedeu a numeração.
- A numeração é concedida, no Estado do Rio de Janeiro, pelo **CREMERJ** (Sede, Subsedes ou Seccionais).
- Limitado a 05 ampolas por medicamento.
- A quantidade dos medicamentos fica limitada a no máximo 30 dias de tratamento.
- Acima das quantidades previstas, o prescritor deve preencher uma justificativa, datar e assinar.
- **Símbolo indicativo:** no caso da prescrição de retinóides deverá conter um símbolo de uma mulher grávida, recortado ao meio, com a seguinte indicação: "Risco de graves defeitos na face, nas orelhas, no coração e no sistema nervoso do feto".
- O médico deve fornecer a cada prescrição, o Termo referente ao "Consentimento de Risco" e "Consentimento Pós-Infirmação", alertando-os que o medicamento é pessoal e intransferível e, das suas reações e restrições de uso.

## TERMO DE CONHECIMENTOS DE RISCO E CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

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)



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. Realize-i 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-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 filhas, não 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 de 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)

## NOTIFICAÇÃO DE RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL EM 02 (DUAS) VIAS

**Lista de Substâncias C1 - Outras substâncias de controle especial:**

**Antidepressivos, antiparkinsonianos, anticonvulsivantes e antiepilépticos, antipsicóticos e ansiolíticos, neurolépticos, anestésicos gerais, antitussígenos.**

**Lista de Substâncias C5 - Anabolizantes.**

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL										
<table border="1"><thead><tr><th>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</th></tr></thead><tbody><tr><td>Nome Completo: _____</td></tr><tr><td>CRM: _____ UF: _____ Nº: _____ (b)</td></tr><tr><td>Endereço Completo e Telefone: _____</td></tr><tr><td>Cidade: _____ UF: _____</td></tr></tbody></table>	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	Nome Completo: _____	CRM: _____ UF: _____ Nº: _____ (b)	Endereço Completo e Telefone: _____	Cidade: _____ UF: _____	1ª VIA FARMÁCIA 2ª VIA PACIENTE (a)				
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE										
Nome Completo: _____										
CRM: _____ UF: _____ Nº: _____ (b)										
Endereço Completo e Telefone: _____										
Cidade: _____ UF: _____										
Paciente: _____										
Endereço: _____ (c)										
Prescritor: _____ (d)										
_____ (e)										
Data: ( / )										
_____ (f) Assinatura										
<table border="1"><thead><tr><th>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</th></tr></thead><tbody><tr><td>Nome: _____ (g)</td></tr><tr><td>Ident.: _____ Órg. Emissor: _____</td></tr><tr><td>End.: _____</td></tr><tr><td>Cidade: _____ UF: _____</td></tr><tr><td>Telefone: _____</td></tr></tbody></table>	IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	Nome: _____ (g)	Ident.: _____ Órg. Emissor: _____	End.: _____	Cidade: _____ UF: _____	Telefone: _____	<table border="1"><thead><tr><th>IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</th></tr></thead><tbody><tr><td style="text-align: center;">(h)</td></tr><tr><td>_____ Assinatura do Farmacêutico Data: _____</td></tr></tbody></table>	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	(h)	_____ Assinatura do Farmacêutico Data: _____
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR										
Nome: _____ (g)										
Ident.: _____ Órg. Emissor: _____										
End.: _____										
Cidade: _____ UF: _____										
Telefone: _____										
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR										
(h)										
_____ Assinatura do Farmacêutico Data: _____										

### PREENCHIMENTO

O profissional não precisa, obrigatoriamente, utilizar-se deste modelo, que pode ser manuscrito, datilografado ou informatizado, desde que observado:

a) **Obrigatoriedade de prescrição em 02 (duas) vias:** identificação no receituário (manualmente, por computador ou impresso) de que a 1ª via se destina à FARMÁCIA e a 2ª via ao PACIENTE.

b) **Identificação do Emitente:** nome do profissional, número da inscrição no CRM, endereço completo e telefone, sigla da UF ou nome da instituição, e no caso, o número do CNPJ.

c) **Identificação do Paciente:** nome e endereço completos do paciente.

d) **Prescrição:** nome do medicamento ou da substância prescrita sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB), dosagem ou concentração, forma farmacêutica, quantidade (em algarismos arábicos e por extenso) e posologia e tempo de tratamento.

e) **data da emissão.**

f) **Assinatura e carimbo do emitente.**

g) **Identificação do comprador:** informações do paciente.

h) **Identificação do fornecedor:** de responsabilidade da farmácia e poderá ser preenchido manualmente ou mediante carimbo.

**Dimensões aproximadas:** 17 x 22 cm; cor do papel: branco; cor da tinta de impressão: preto.

## **INFORMAÇÕES GERAIS**

- Válida em todo território nacional.
- Esta receita, desde que obedecidas as normas estabelecidas pela Portaria nº 344/98, pode ser manuscrita, datilografada ou impressa por sistema informatizado.
- O receituário do profissional ou da instituição deve ser em 02 (duas) vias.
- A 1ª via da receita fica retida na farmácia e a 2ª será devolvida ao paciente para orientação e como documento comprobatório de uso.
- A Receita poderá possuir até 03 (três) substâncias ou medicamentos.
- Acima das quantidades previstas, o prescritor deverá apresentar justificativa datando e assinando as duas vias.
- No caso da prescrição de esteróides ou peptídeos anabolizantes, a receita deverá conter o número do CID.

## **QUADRO DEMONSTRATIVO**

A quantidade a ser observada em cada prescrição, atende a necessidade do tratamento a que o paciente estiver submetido.

<b>NOTIFICAÇÃO</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>FORMA FARMACÊUTICA</b>
<b>A</b>	<b>5</b>	<b>AMPOLAS</b>
	<b>30 DIAS DE TRATAMENTO</b>	<b>OUTRAS FORMAS</b>

<b>NOTIFICAÇÃO</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>FORMA FARMACÊUTICA</b>
<b>B</b>	<b>5</b>	<b>AMPOLAS</b>
	<b>60 DIAS DE TRATAMENTO</b>	<b>OUTRAS FORMAS</b>

<b>NOTIFICAÇÃO</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>FORMA FARMACÊUTICA</b>
<b>ESPECIAL</b>	<b>5</b>	<b>AMPOLAS</b>
	<b>30 DIAS DE TRATAMENTO</b>	<b>OUTRAS FORMAS</b>

Acima das quantidades prescritas pela Portaria SVS/MS nº 344/98, o prescritor deve preencher uma justificativa, datar, assinar e entregar, juntamente com a Notificação de Receita, ao paciente para a aquisição do medicamento em farmácia ou drogaria.

## **CONTROLE E GUARDA**

Os talões de Notificação de Receita (A, B ou Retinóides) utilizados para a prescrição de substâncias sujeitas ao controle da Portaria SVS/MS nº 344/98 (entorpecentes/psicotrópicos/controle especial) ou medicamento que as contenham, deverão ser guardados em um local fechado à chave ou outro dispositivo que ofereça segurança.

- O acesso aos talões de Notificações ou de Receitas deve ser restrito à pessoa de inteira confiança do profissional.
- As Notificações de Receita são personalizadas e intransferíveis. Em caso de roubo, furto ou extravio de parte ou de todo o talão de Notificação de Receita, o médico deve registrar um Boletim de Ocorrência Policial (B.O.) e informar ao CREMERJ para as providências que se fizerem necessárias.

## **MALETA DE EMERGÊNCIA**

Os profissionais, serviços médicos e/ou ambulatoriais poderão possuir, na maleta de emergência, até 03 (três) ampolas de medicamentos entorpecentes e até 05 (cinco) ampolas de medicamentos psicotrópicos, para aplicação em caso de emergência, ficando sob sua guarda e responsabilidade.

## **DEFINIÇÕES**

- **Droga** - Substância ou matéria-prima que tenha finalidade medicamentosa sanitária.
- **Drogaria** - Estabelecimento de dispensação e comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos nas suas embalagens originais.
- **Entorpecente** - Substância que pode determinar dependência física ou psíquica relacionada, como tal, nas listas aprovadas pela Convenção Única sobre Entorpecentes.
- **Farmácia** - Estabelecimentos de manipulação de fórmulas magistrais e oficinais, de comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, compreendendo a dispensação e o atendimento privativo de unidade hospitalar ou de qualquer outra equivalente de assistência médica.
- **Medicamento** - Produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico.
- **Notificação de Receita** - Documento padronizado destinado à notificação da prescrição de medicamentos: a) entorpecentes (cor amarela), b) psicotrópicos (cor azul) e c) retinóides de uso sistêmico e imunossuppressores (cor branca). A Notificação concernente aos dois primeiros grupos (a e b) deverá ser firmada por profissional devidamente inscrito no Conselho Regional de Medicina, no Conselho Regional de Medicina Veterinária ou no Conselho Regional de Odontologia; a concernente ao terceiro grupo (c), exclusivamente por profissional devidamente inscrito no Conselho Regional de Medicina.
- **Psicotrópico** - Substância que pode determinar dependência física ou psíquica e relacionada, como tal, nas listas aprovadas pela Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas.
- **Receita** - Prescrição escrita de medicamento, contendo orientação de uso para o paciente, efetuada por profissional legalmente habilitado, quer seja de formulação magistral ou de produto industrializado.