

Prescrição Médica



Prof. Dr. Hermes de Freitas Barbosa

Centro de Medicina Legal
Departamento de Patologia e Medicina Legal

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo



PRESCRIÇÃO

■ ato ou efeito de prescrever

1 - ordem expressa e formal

2 - aquilo que se recomenda praticar; norma, preceito, regra

3 - indicação exata; determinação, ordem

4 - receita médica

5 - conjunto de todas as medidas não cirúrgicas (medicamentos, dietas, outros cuidados etc.) determinadas pelo médico para o tratamento de um doente

Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (formato eletrônico)



RECEITA E NOTIFICAÇÃO

- ❑ **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.

- ❑ **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 imunossupressores (cor branca).

Portaria n. 344/1998 – SVS/MS



PRESCREVER O QUÊ?

- ❑ **Medicamento** - Produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico.

Portaria n. 344/1998 – SVS/MS

- ❑ **Tratamento não medicamentoso** – orientações gerais pós-consulta, cuidados a serem realizados em casa; data da reavaliação.



MEDICAMENTOS

❑ **Referência**

- ❑ 1º a ser lançado no mercado (patente)

❑ **Genérico**

- ❑ Mesma formulação
- ❑ Submetido a teste de biodisponibilidade e bioequivalência
- ❑ Venda pelo princípio ativo

❑ **Similar**

- ❑ Mesma formulação
- ❑ Venda sob nome fantasia

RECEITUÁRIO

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

- ❑ É vedado ao médico:

Artigo 39 - Receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos.



RECEITUÁRIO

Art 35. Somente será aviada a receita:

- a) que estiver escrita a tinta, em vernáculo, por extenso e de modo legível, observados a nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais;
- b) que contiver o nome e o endereço residencial do paciente e, expressamente, o modo de usar a medicação;
- c) que contiver a data e a assinatura do profissional, endereço do consultório ou da residência, e o número de inscrição no respectivo Conselho profissional.

Parágrafo único. O receituário de medicamentos entorpecentes ou a estes equiparados e os demais sob regime de controle, de acordo com a sua classificação, obedecerá às disposições da legislação federal específica.

Lei nº 5.991/1973



RECEITUÁRIO

- Artigo 21 - O farmacêutico é responsável pela avaliação farmacêutica do receituário e somente será aviada/dispensada a receita que:
 - I) estiver escrita a tinta, em português, em letra de forma, clara e legível, observada a nomenclatura oficial dos medicamentos e o sistema de pesos e medidas oficiais do Brasil. A datilografia ou impressão por computador é aceitável;
 - II) contiver o nome e o endereço residencial do paciente;
 - III) contiver a forma farmacêutica, posologia, apresentação, método de administração e duração do tratamento;
 - IV) contiver a data e a assinatura do profissional, endereço do consultório e o número de inscrição no respectivo Conselho Profissional. A prescrição deve ser assinada claramente e acompanhada do carimbo, permitindo identificar o profissional em caso de necessidade.
 - V) a prescrição não deve conter rasuras e emendas.

Resolução CFF 357/2001



MÉDICO PRESCRITOR

- ❑ Art. 15 – São deveres dos médicos
 - ❑ c) ratificar em suas receitas a posologia dos medicamentos sempre que esta for anormal, eximindo assim o farmacêutico da responsabilidade no seu aviamento.

Decreto nº 20.931/32



COMPOSIÇÃO DA PRESCRIÇÃO

- ❑ **Cabeçalho (impresso)** – nome e endereço do profissional ou da instituição onde trabalha (clínica ou hospital); registro profissional , podendo conter, ainda, a especialidade do profissional.
- ❑ **Superinscrição** – nome e endereço do paciente, sem obrigatoriedade do “uso interno” (vias enterais) ou “uso externo” (vias parenterais).
- ❑ **Inscrição** – nome do fármaco, a forma farmacêutica e sua concentração.
- ❑ **Subscrição** – quantidade total a ser fornecida; para fármacos de uso controlado, essa quantidade deve ser expressa em algarismos arábicos, escritos por extenso, entre parênteses.
- ❑ **Adscrição** – orientações do profissional para o paciente.
- ❑ **Data e assinatura.**



DADOS FACULTATIVOS

- ❑ Idade, 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.

GENÉRICO OU COMERCIAL?

- ❑ No SUS: princípio ativo (Denominação Comum Brasileira - DCB, ou, na sua falta, a DCI).
- ❑ Na rede privada: a critério do profissional responsável; deverá ressaltar, quando necessário, as restrições à intercambialidade.
- ❑ No caso do profissional prescriptor decidir pela não intercambialidade de sua prescrição, esta manifestação deverá ser efetuada por item prescrito, de forma clara, legível e inequívoca, devendo ser feita de próprio punho, não sendo permitida quaisquer formas de impressão, colagem de etiquetas, carimbos ou outras formas automáticas para esta manifestação.

RDC n. 10/2001 da ANVISA



TROCA DE RECEITAS

QUANDO PRESCRITO NOME COMERCIAL

- ❑ Será permitida ao profissional farmacêutico a substituição do medicamento prescrito, exclusivamente, pelo medicamento genérico correspondente, **salvo restrições expressas pelo profissional prescritor.**
- ❑ Nestes casos, o profissional farmacêutico deve indicar a substituição realizada na prescrição, opor seu carimbo onde conste seu nome e número de inscrição do Conselho Regional de Farmácia, datar e assinar.

RDC n. 10/2001 da ANVISA



TROCA DE RECEITAS

QUANDO PRESCRITO NOME GENÉRICO

- ❑ Nos casos de prescrição utilizando nome genérico, somente será permitida a dispensação do medicamento de referência ou de um genérico correspondente.
- ❑ É dever do profissional farmacêutico explicar detalhadamente a dispensação realizada ao paciente ou usuário, bem como fornecer toda a orientação necessária ao consumo racional do medicamento genérico.

RDC n. 10/2001 da ANVISA



PRESCRIÇÃO ANORMAL

- ❑ Art.41 - Quando a dosagem do medicamento prescrito ultrapassar os limites farmacológicos ou a prescrição apresentar incompatibilidades, o responsável técnico pelo estabelecimento solicitará confirmação expressa ao profissional que a prescrever.

Lei nº 5.991/73

- ❑ Artigo 24 - Quando a dosagem ou posologia dos medicamentos prescritos ultrapassar os limites farmacológicos, ou a prescrição apresentar incompatibilidade ou interação potencialmente perigosa com demais medicamentos prescritos ou de uso do paciente, o farmacêutico exigirá confirmação expressa ao profissional que prescreveu;

Resolução CFF 357/2001



NOTIFICAÇÕES DE RECEITAS

- ❑ Documento padronizado destinado à notificação da prescrição de medicamentos:
 - ❑ Entorpecentes (**amarela**): ex. opióides (morfina, fentanil, tramadol)
 - ❑ Psicotrópicos (**azul**): ex. fenobarbital, anfetaminas, benzodiazepínicos
 - ❑ Retinóides de uso sistêmico e imunossupressores (**branca**): ex. Isotretinoína, talidomida
 - ❑ Medicamentos especiais (**duas vias**): ex. amitriptilina, haloperidol

Portaria n.344/98 da ANVISA



NOTIFICAÇÃO DE RECEITA TIPO B1

NOTIFICAÇÃO DA RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	Medicamento ou Substância
UF	NÚMERO		
			Quantidade e Forma Farmacéutica
de de		Paciente:	Dose por Unidade Posológica
		Endereço:	Posologia
Assinatura do Emitente			
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		CARIMBO DO FORNECEDOR	
Nome:			
Endereço:			
Telefone:			
Identidade No.:	Órgão Emissor:		
Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CGC		Nome do Vendedor	Data
		Número deste Impressão de _____ de _____	

- Para medicamentos relacionados nas listas B1 (Substâncias Psicotrópicas) – somente um por notificação.
- Validade após prescrição: 30 dias.
- Válida somente no estado emitente.
- Quantidade Máxima / Receita: 60 dias de tratamento.
- Limitado a 05 (cinco) ampolas por medicamento injetável.

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA TIPO B2

NOTIFICAÇÃO DA RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		Medicamento ou Substância	
UF	NÚMERO	B2			
				Quantidade e Forma Farmacêutica	
de de		Paciente: _____		Dose por Unidade Posológica	
Assinatura do Emitente		Endereço: _____		Posologia	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR			CARIMBO DO FORNECEDOR		
Nome: _____			Nome do Vendedor _____		
Endereço: _____			Data _____/_____/____		
Telefone: _____					
Identidade No. _____ Órgão Emissor: _____					
<small>Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CGC</small>			<small>Numeração desta impressão de _____ até _____</small>		

- Para medicamentos relacionados nas listas B2 (Substâncias Psicotrópicas Anorexígenas) - somente um por notificação.
- Validade após prescrição: 30 dias.
- Válida somente no estado emitente.
- Quantidade Máxima / Receita: 30 dias de tratamento.

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA TIPO A

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

- Para medicamentos relacionados nas listas A1 e A2 (Entorpecentes) e A3 (Psicotrópicos) - somente um por notificação
- Validade após prescrição: 30 dias.
- Válida em todo o território nacional.
- Quantidade Máxima / Receita: 30 dias de tratamento.
- Limitado a 05 (cinco) ampolas por medicamento injetável.

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL RETINOIDES SISTÊMICOS

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

- Para medicamentos relacionados nas listas C2 (Retinoides de uso sistêmico) - somente um por notificação.
- Validade após prescrição: 30 dias.
- Válida somente no estado emitente.
- Quantidade Máxima / Receita: 30 dias de tratamento. Limitado a 05 (cinco) ampolas por medicamento injetável.
- Necessário Termo de Consentimento Informado

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL TALIDOMIDA

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA TALIDOMIDA UF _____ NÚMERO _____ Data ____ de ____ de ____ CID _____	IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO Nome: _____ Endereço: _____ Especialidade: _____ CRM: _____ CPF: _____	IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO TALIDOMIDA (100mg) Quantidade (em algarismos arábicos e por extenso) em comprimidos: _____ dose diária _____ mg
	IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE Assinatura do Emitente/Carimbo _____ Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Fone: () _____ Endereço: _____ Doc. Identificação: _____ Tipo: _____ Org. Emissor _____	DADOS SOBRE A DISPENSAÇÃO Quantidade (Comp.) _____ Nome do Dispensador: _____ Assinatura/Carimbo do Responsável Técnico _____ _____/_____/_____ Data da Dispensação
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL (SE FOR O CASO) Nome: _____ Endereço: _____ Fone () _____ Doc. Identificação: _____ Tipo: _____ Org. Emissor _____	Carimbo Padronizado da Unidade de Saúde	

- Para medicamentos relacionados nas listas C3 (Substância imunossupressoras) - somente um por notificação.
- Validade após prescrição: 15 dias.
- Válida somente no estado emitente.
- Quantidade Máxima / Receita: 30 dias de tratamento.
- Necessário Termo de Consentimento Informado

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL

- Em duas vias para medicamentos relacionados nas listas C1, C4, C5 e adendos das listas A1, A2 e B1.

- Validade após prescrição: 30 dias.

- Válida em todo o território nacional.

- Número máximo de medicamentos por receita: 3 das listas C1 e C5; 5 da lista C4.

- Quantidade Máxima / Receita: 60 dias de tratamento.

- Limitado a 05 (cinco) ampolas por medicamento injetável.

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	1a. VIA FARMÁCIA
Nome Completo _____	2a. VIA PACIENTE
CRM _____ UF _____ No. _____	
Endereço Completo e Telefone _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Paciente: _____	
Endereço: _____	
Prescrição: _____	

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome _____	
Ident.: _____ Órgão Emissor: _____	
End.: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: _____	
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO _____ DATA _____/_____/____	

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL

- ❑ O profissional não precisa, obrigatoriamente, utilizar-se deste modelo, que pode ser manuscrito, datilografado ou informatizado,
- ❑ **Dimensões aproximadas: 17 x 22 cm; cor do papel: branco; cor da tinta de impressão: preto.**

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. _____</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. _____	Endereço Completo e Telefone _____	Cidade: _____ UF: _____	1a. VIA FARMÁCIA 2a. VIA PACIENTE							
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE													
Nome Completo _____													
CRM _____ UF _____ No. _____													
Endereço Completo e Telefone _____													
Cidade: _____ UF: _____													
Paciente: _____													
Endereço: _____													
Prescrição: _____													

<table border="1"><thead><tr><th>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</th></tr></thead><tbody><tr><td>Nome _____</td></tr><tr><td>Ident.: _____ Órgão 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 _____	Ident.: _____ Órgão Emissor: _____	End.: _____	Cidade: _____ UF: _____	Telefone: _____	<table border="1"><thead><tr><th>IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</th></tr></thead><tbody><tr><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td></tr><tr><td>ASSINATURA DO FARMACÊUTICO _____ DATA ____/____/____</td></tr></tbody></table>	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	_____	_____	_____	_____	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO _____ DATA ____/____/____
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR													
Nome _____													
Ident.: _____ Órgão Emissor: _____													
End.: _____													
Cidade: _____ UF: _____													
Telefone: _____													
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR													

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO _____ DATA ____/____/____													

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA EM CASO DE EMERGÊNCIA

- ❑ **Emergência:** em caso de emergência a prescrição pode ser feita em talonário comum, devendo conter o diagnóstico ou CID e a justificativa do caráter emergencial do atendimento, contendo data, assinatura e número de inscrição no Conselho Regional de Medicina.
- ❑ Acima das quantidades previstas, o prescritor deve preencher uma justificativa, datar e assinar.



REQUISIÇÃO DE TALONÁRIOS

- ❑ 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.



EM RIBEIRÃO PRETO



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO
Secretaria Municipal de saúde - Divisão de Vigilância Sanitária
SUS - Sistema Único de Saúde
SIMSA – Sistema de Informação em Vigilância Sanitária



ANEXO VI DA PORTARIA 344/98

REQUISIÇÃO DA NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

Nome do Requisitante: _____

Endereço completo : _____ Fone: _____

CRM/CRMV/CRO/CNPJ : _____ Especialidade: _____

Autorização emitida pela VISA nº _____ / _____

Pelo presente, autorizo o (a) Sr.(a) _____

R.G. _____ Data de Emissão: ____ / ____ / ____

Residente à _____ para retirar:

Notificação de Receita A - _____ talão (ões) com numeração de _____ a _____

_____ nºs de Notificação de Receita B – numeração de _____ a _____

_____ nºs de Notificação de Receita B2 – numeração de _____ a _____

_____ nºs de Notificação de Receita Especial: Retinóides - numeração concedida de _____ a _____

_____ nºs de Notificação de Receita Especial: Talidomida - numeração concedida de _____ a _____

Ribeirão Preto, ____ de ____ de 200 ____.

Assinatura e carimbo com C.R.
(02 VIAS) – 1ª Vigilância Sanitária / 2ª Requisite/Gráfica

Assinatura e carimbo da VISA



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/controlado 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 CRM para as providências que se fizerem necessárias.



CUIDADOS COM O PACIENTE

- ❑ A introdução de novos medicamentos em troca de um outro em uso deve ficar claro para o paciente (se não ele tomará os dois);
- ❑ Quando ele recebe um medicamento genérico no posto ele deve entender que se trata do mesmo medicamento que ele comprava na farmácia para não tomar os dois ao mesmo tempo;
- ❑ Muitos pacientes avaliam a potência de um remédio pelo número de comprimidos: eles aumentam ou diminuem o número de comprimidos por conta própria por temer estar tomando pouco ou muitos comprimidos.



CUIDADOS COM O PACIENTE

- ❑ Muitos pacientes quando recebem nova prescrição de medicamentos para uso prolongado ou temporário costumam abandonar os medicamentos de uso habitual (como anti-hipertensivos, hipoglicemiantes, etc.)
- ❑ Você deve sempre fazer a receita com todos os medicamentos que o paciente deve utilizar.
- ❑ Você deve deixar por escrito na receita se os medicamentos não podem ser ingeridos concomitantemente e se há alguma orientação de seu uso em relação aos hábitos dos pacientes (antes ou após as refeições, ingestão de bebida alcoólica, prática de esportes, etc)





www.hermesbarbosa.med.br



hermesbarbosa@usp.br

