

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARAUCÁRIA

Protocolo Complementar da Assistência Farmacêutica

Outubro de 2021



PROTOCOLO COMPLEMENTAR DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**Araucária – PR
2021**

Data da elaboração: 06/2014

Revisão 1: 08/2015

Revisão 2: 08/2019

Revisão 3: 09/2020

Revisão 4: 11/2020

Revisão 5: 12/2020

Revisão 6: 10/2021

Prefeito: Hissam Hussein Dehaini

Secretário de Saúde: Adilson Seidi Suguiura

Direção Geral da Secretaria De Saúde

Camila Gonçalves Lemos Fabricio de Melo - Diretora

Direção Assistencial

Daniela Kubiak - Diretora

Departamento de Planejamento, Gestão e Auditoria do SUS

Nilian Valencia Ferreira Madeira - Diretora

Departamento Atenção Primária à Saúde

Regina Mendonça de Carvalho - Diretora

Departamento de Atenção Secundária à Saúde

Claudia Gomes Sant'Anna – Diretora Interina

Departamento de Atenção Psicossocial

Kelly Rosa Rigoni Laverias - Diretora

Departamento de Urgência e Emergência

Ana Maria Taborda - Diretora

Elaboração: COMISSÃO DE FARMÁCIA TERAPÊUTICA (Decreto nº 33.499 de 04 de julho de 2019)

Alexandro André Radin

Anielo Andraus Dumont Prado

Cinara Roberta Braga Sorice

Claudio Cesar Veiga da Costa

Elisa Helena Leite Corrêa

George Maslowski

Guilherme Iwasse Adamante

Marcelo Pontes Marcicano

Marion Thiessen Helrighel

Patrícia Beleski Carvalho de Oliveira

Telma Rozinha Dambroski de Freitas

Apoio: Núcleo de Qualidade em Saúde/ Núcleo de Comunicação em Saúde -

Diagramação, revisão e arte.

Michelle Sawczen Gregorczyk

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS PADRONIZADOS.....	7
2.1. RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS PADRONIZADOS PARA USO NA EMERGÊNCIA.....	7
2.2. RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS PADRONIZADOS PARA DISTRIBUIÇÃO AO USUÁRIO.....	12
3. FÁRMACOS POR ESPECIALIDADE.....	20
3.1 – ENDOCRINOLOGIA.....	20
3.1.1 UNIDADE BÁSICA/ FARMÁCIA POPULAR - PRIMEIRA OPÇÃO.....	20
3.1.2 - FARMÁCIA CENTRAL – SEGUNDA OPÇÃO.....	21
3.1.3 - FARMÁCIA DO ESTADO.....	21
3.1.4 – FARMÁCIA ESPECIAL DO MUNICÍPIO.....	22
3.2 ORTOPEDIA E REUMATOLOGIA.....	23
3.2.1 UNIDADE BÁSICA/ FARMÁCIA POPULAR - PRIMEIRA OPÇÃO.....	23
3.2.2 - FARMÁCIA CENTRAL – SEGUNDA OPÇÃO.....	23
3.2.3 - FARMÁCIA DO ESTADO.....	23
3.2.4 – FARMÁCIA ESPECIAL DO MUNICÍPIO.....	25
3.3 SAÚDE MENTAL (PSIQUIATRIA E NEUROLOGIA).....	26
3.3.1 UNIDADE BÁSICA/ FARMÁCIA POPULAR - PRIMEIRA OPÇÃO.....	26
3.3.2 - FARMÁCIA CENTRAL – SEGUNDA OPÇÃO.....	27
3.3.3 - FARMÁCIA DO ESTADO.....	27
3.3.4 - FARMÁCIA ESPECIAL DO MUNICÍPIO.....	30
3.4 GASTROENTEROLOGIA.....	31
3.4.1 UNIDADE BÁSICA/ FARMÁCIA POPULAR - PRIMEIRA OPÇÃO.....	31
3.4.2 - FARMÁCIA CENTRAL – SEGUNDA OPÇÃO.....	32
3.4.3 - FARMÁCIA DO ESTADO.....	32
3.4.4 - FARMÁCIA ESPECIAL DO MUNICÍPIO.....	33
3.5 UROLOGIA.....	34
3.5.1 UNIDADE BÁSICA - PRIMEIRA OPÇÃO.....	34
3.5.2 - FARMÁCIA CENTRAL – SEGUNDA OPÇÃO.....	34
3.5.3 - FARMÁCIA DO ESTADO.....	34
3.5.4 - FARMÁCIA ESPECIAL DO MUNICÍPIO.....	34
3.6 CARDIOLOGIA/VASCULAR.....	35
3.6.1 UNIDADE BÁSICA - PRIMEIRA OPÇÃO.....	35
3.6.2 - FARMÁCIA CENTRAL – SEGUNDA OPÇÃO.....	35
3.6.3 - FARMÁCIA DO ESTADO.....	36
3.6.4 - FARMÁCIA ESPECIAL DO MUNICÍPIO.....	36
3.7 OFTALMOLOGIA.....	38
3.7.1 UNIDADE BÁSICA/ FARMÁCIA POPULAR - PRIMEIRA OPÇÃO.....	38
3.7.2 - FARMÁCIA CENTRAL – SEGUNDA OPÇÃO.....	38
3.7.3 - FARMÁCIA DO ESTADO.....	39
3.7.4 - FARMÁCIA ESPECIAL DO MUNICÍPIO.....	39
3.8. DERMATOLOGIA.....	40
3.8.1 UNIDADE BÁSICA/ FARMÁCIA POPULAR - PRIMEIRA OPÇÃO.....	40
3.8.2 - FARMÁCIA CENTRAL – SEGUNDA OPÇÃO.....	41
3.8.3 - FARMÁCIA DO ESTADO.....	41
3.8.4 - FARMÁCIA ESPECIAL DO MUNICÍPIO.....	42
3.9 ALERGOLOGIA, PNEUMOLOGIA E OTORRINOLARINGOLOGIA.....	42
3.9.1- UNIDADE BÁSICA/ FARMÁCIA POPULAR - PRIMEIRA OPÇÃO.....	42

3.9.2 - FARMÁCIA CENTRAL – SEGUNDA OPÇÃO.....	43
3.9.3 - FARMÁCIA DO ESTADO.....	43
3.9.4 - FARMÁCIA ESPECIAL DO MUNICÍPIO.....	44
3.10 ANTIMICROBIANOS/ANTIFUNGICOS/ANTIVIRAL.....	45
3.10.1 - UNIDADE BÁSICA/ FARMÁCIA POPULAR - PRIMEIRA OPÇÃO.....	45
3.10.2 - FARMÁCIA CENTRAL – SEGUNDA OPÇÃO.....	46
3.10.3 - FARMÁCIA ESPECIAL DO MUNICÍPIO.....	47
3.11 Diversos – Farmácia Especial.....	47
4. PROGRAMA DE COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	47
4.1 ABERTURA DE PROCESSOS NOVOS.....	48
4.1.1 - DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA.....	48
4.1.2 - OBSERVAÇÕES IMPORTANTES.....	48
4.2 RENOVAÇÃO DE PROCESSOS.....	49
4.2.1 DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA.....	49
4.2.2 - OBSERVAÇÕES IMPORTANTES.....	49
5. PROGRAMA DE ANÁLOGOS DE INSULINA.....	49
5.1 ELENCO DE INSULINAS.....	49
6. PROGRAMA DE ATENDIMENTO A MEDICAMENTOS/ FARMÁCIA ESPECIAL DO MUNICÍPIO.....	50
6.1 ABERTURA DO PROCESSO.....	51
6.2 ANÁLISE DA SOLICITAÇÃO.....	51
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52
8. ANEXOS.....	53
ANEXO I - LAUDO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO (LME).....	53
ANEXO II - MODELO FICHA DO RELATÓRIO MÉDICO – DIABETES Mellitus Tipo 1.....	54
ANEXO III - QUESTIONÁRIO TÉCNICO PARA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTO NÃO PADRONIZADO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARAUCÁRIA.....	55

1. INTRODUÇÃO

A Assistência Farmacêutica é o conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção, e à recuperação da saúde, tanto individual quanto coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial. Este protocolo tem como finalidade instrumentalizar a Equipe de Saúde, em suas intervenções nas Unidades de Saúde e Serviços, individual e coletivamente.

O protocolo complementar de assistência farmacêutica para atendimento de medicamentos não padronizados tem como objetivos principais: a otimização do atendimento ao paciente através da seleção racional de medicamentos; a garantia da segurança na prescrição e administração do medicamento, a disciplina do receituário e uniformidade da terapêutica, sem prejuízos para a segurança e a efetividade do tratamento; evitar prescrições de diversos medicamentos que apresentem o mesmo fim terapêutico ; a agilidade na prescrição médica; a redução no custo de aquisição e manutenção dos estoques de medicamentos; a melhoria da comunicação entre os prescritores e a equipe de saúde , assim como a simplificação das rotinas de aquisição, armazenamento, dispensação e controle.

Este protocolo deverá apresentar à equipe de saúde os medicamentos selecionados pelas instituições municipal e estadual/Ministério da Saúde e a descrição das normas que contribuem para garantir o medicamento ao usuário.

Nos dias de hoje, a padronização dos medicamentos fornecidos pelas instituições públicas passou a ser considerada ferramenta essencial, porque garante que a seleção de medicamentos estabelecida pela instituição, é segura, eficiente e disponível para a normatização da qualidade da assistência ao paciente.

2. RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS PADRONIZADOS

2.1. RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS PADRONIZADOS PARA USO NA EMERGÊNCIA

ITEM	DESCRIÇÃO	PRONTO ATENDIMENTO ADULTO	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS	CAPS AD/CAPS II
•	ACETILCISTEÍNA 100MG INJETÁVEL	X			
•	ÁCIDO TRANEXÂMICO 250 MG INJETÁVEL	X			
•	ADENOSINA 3MG/ML INJETÁVEL	X			
•	ÁGUA DESTILADA INJETÁVEL	X	X		X
•	AMINOFILINA 24MG/ML INJETÁVEL	X	X		
•	AMIODARONA 150 MG INJETÁVEL	X			
•	AMPICILINA SÓDICA 1G INJETÁVEL	X			
•	ATROPINA 0,25 MG/ML INJETÁVEL	X	X		X
•	BENZILPENICILINA POTÁSSICA 5.000 UI INJETÁVEL	X			
•	BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% INJETÁVEL	X			
•	BIPERIDENO 5 MG/ML INJETÁVEL	X	X		X
•	BROMOPRIDA 10MG INJETÁVEL	X	X		X
•	CARVÃO ATIVADO	X			
•	CEFAZOLINA SÓDICA 1 G INJETÁVEL	X			
•	CEFTRIAXONA 1G INJETÁVEL	X			
•	CETAMINA 57,67/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL				
•	CETOPROFENO 100MG INJETÁVEL	X			
•	CLORETO DE POTÁSSIO 19,1% INJETÁVEL	X			
•	CLORETO DE SÓDIO	X			

20% INJETÁVEL			
•	CLORPROMAZINA 5MG/ML INJETÁVEL	X	X
•	COLAGENASE 0,6 UI + CLORANFENICOL 1% POMADA		X
•	DESLANOSÍDEO 0,2MG/ML INJETÁVEL	X	
•	DEXAMETASONA 4MG/ML INJETÁVEL	X	X
•	DIAZEPAM 5MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL.	X	X
•	DIMENIDRATO 30MG + PIRIDOXINA 50MG INJETÁVEL	X	
•	DIPIRONA 500 MG/ML INJETÁVEL	X	X
•	DIPIRONA 500 MG/ML SOLUÇÃO	X	
•	DOBUTAMINA 250MG INJETÁVEL	X	
•	DOPAMINA 50MG INJETÁVEL	X	
•	EPINEFRINA 1MG/ML INJETÁVEL	X	X
•	FENITOÍNA 50MG/ML INJETÁVEL	X	X
•	FENOTEROL 05 MG/ML – SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO	X	X
•	FENTANILA 50MCG/ML INJETÁVEL	X	
•	FLUFENAZINA 25MG/ML INJETÁVEL		X
•	FENOBARBITAL 200MG INJETÁVEL	X	X
•	FLUMAZENIL 01MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	X	X
•	FLUORESCEINA COLÍRIO FRASCO 3 ML		X

•	FOSFATO DE SÓDIO MONOBÁSICO + FOSFATO DE SÓDIO DIBÁSICO, FRASCO PLÁSTICO.	X		
•	FUROSEMIDA 10 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL.	X	X	
•	GLUCONATO DE CÁLCIO 10% INJETÁVEL	X		
•	GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETÁVEL.	X	X	X
•	HALOPERIDOL 5MG/ML INJETÁVEL	X	X	X
•	HEPARINA SÓDICA 5.000UI/ML INJETÁVEL	X		
•	HIDROCORTISONA 500 MG PÓ PARA SUSPENSÃO INJETÁVEL	X	X	
•	HIDROCORTISONA 100 MG PÓ PARA SUSPENSÃO INJETÁVEL	X	X	
•	IPRATRÓPIO SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO 0,025%	X	X	
•	LIDOCAINA 2% GELÉIA	X		
•	LIDOCAÍNA 2% SOLUÇÃO INJETÁVEL SEM VASO CONSTRITOR	X		
•	LIDOCAINA 100MG/ML SPRAY			X
•	METILERGOMETRIN A 0,2MG INJETÁVEL	X		
•	METILPREDNISOLON A 500MG, PÓ LIOFILIZADO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	X		
•	METOCLOPRAMINA 5MG/ML INJETÁVEL	X		
•	METOPROLOL 5MG INJETÁVEL.	X		
•	METRONIDAZOL 5	X		

MG/ML INJETÁVEL			
•	MIDAZOLAM 5MG/ML INJETÁVEL	X	
•	MONONITRATO DE ISOSSORBIDA 10 MG INJETÁVEL	X	
•	MORFINA 10MG/ML INJETÁVEL	X	
•	NALOXONA 0,4 MG/ML INJETÁVEL	X	
•	NITROGLICERINA 5MG/ML INJETÁVEL	X	
•	NITROPRUSSIATO DE SÓDIO DIIDRATADO 50MG INJETÁVEL.	X	
•	NORADRENALINA 1MG/ML INJETÁVEL	X	
•	OMEPRAZOL 40MG PÓ LIOFILIZADO PARA SOLUÇÃO INJE- TÁVEL	X	
•	PROMETAZINA 25 MG/ML, CLORIDRATO DE, SOLUÇÃO INJETÁVEL.	X	X
•	SOLUÇÃO DE MANITOL 20% FRASCOS COM 250 ML.	X	
•	SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO	X	
•	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% AMPOLA 10 ML	X	X
•	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% FRASCOS COM 100 ML	X	
•	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% FRASCOS COM 250 ML	X	X
•	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% FRASCOS COM 500 ML	X	X
•	SOLUÇÃO GLICOSADA 5%		

	FRASCOS 100 ML		
•	SOLUÇÃO GLICOSADA 5% FRASCOS 250 ML	X	X
•	SOLUÇÃO GLICOSADA 5% FRASCOS COM 500 ML	X	X
•	SUXAMETÔNIO 100MG PÓ PARA SUSPENSÃO INJETÁVEL	X	
•	SULFAMETOXAZOL 400MG+TRIMETROPI NA 80 MG INJETÁVEL	X	
•	SULFATO DE GENTAMICINA 80 MG INJETÁVEL	X	
•	SULFATO DE MAGNÉSIO 50% INJETÁVEL	X	
•	SULFATO DE TERBUTALINA 0,5 MG/ML INJETÁVEL	X	
•	TETRACAÍNA, CLORIDRATO DE, + FENILEFRINA COLÍRIO	X	X
•	TRAMADOL 100MG INJETÁVEL	X	
•	TROPICAMIDA 1% COLÍRIO		X
•	VITAMINA K 10 MG/ML INJETÁVEL	X	

2.2 RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS PADRONIZADOS PARA DISTRIBUIÇÃO AO USUÁRIO

ITEM	DESCRIÇÃO	PRONTO ATENDIM ENTO ADULTO	PRONTO ATENDIM ENTO INFANTIL	UBS ÀREA URBANA	UBS ÁREA RURAL	FARMÁCI A CENTRAL
•	ACETATO DE MEDROXIPROGESTERON A 10MG COMPRIMIDO			X	X	
•	ACICLOVIR 200MG COMPRIMIDO			X	X	
•	ÁCIDO ACETIL SALICILICO 100 MG COMPRIMIDO			X	X	
•	ACIDO FÓLICO 5 MG COMPRIMIDO			X	X	
•	ACIDO FOLÍNICO 15 MG COMPRIMIDO			X	X	
•	ACIDO VALPRÓICO 250 MG CÁPSULA			X	X	
•	ALBENDAZOL 40 MG/ML SUSPENSÃO ORAL			X	X	
•	ALBENDAZOL 400 MG COMPRIMIDO MASTIGÁVEL			X	X	
•	ALENDRONATO DISSÓDICO 70 MG COMPRIMIDO			X	X	
•	ALOPURINOL 300 MG COMPRIMIDO			X	X	
•	AMIODARONA 200MG COMPRIMIDO			X	X	
•	AMITRIPTILINA 25 MG COMPRIMIDO			X	X	
•	AMITRIPTILINA 75 MG COMPRIMIDO			X	X	
•	AMOXICILINA 250 MG/ 5ML PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL		X	X	X	
•	AMOXICILINA 250 MG+ ÁCIDO CLAVULÂNICO 5 ML PÓ P/ SUSPENSÃO		X		X	X
•	AMOXICILINA 500 MG CAPSULA	X	X	X	X	
•	AMOXICILINA 500MG+ ÁCIDO CLAVULÂNICO CÁPSULA.	X*			X	X

•	ANLODIPINO 5MG COMPRIMIDO			X	X	
•	ANTICONCEPCIONAL, ACETATO DE MEDROXIPROGESTERON A 150MG INJETÁVEL			X	X	
•	ANTICONCEPCIONAL, ETINILESTRADIOL 0,03 MG. + LEVONORGESTREL 0,15 MG., CARTELA COM 21 COMPRIMIDO			X	X	
•	ANTICONCEPCIONAL NORETISTERONA 0,35MG 35 COMPRIMIDO			X	X	
•	ATENOLOL 50 MG COMPRIMIDO			X	X	
•	AZITROMICINA 500MG COMPRIMIDO	X		X	X	
•	AZITROMICINA 600 MG, PÓ P/ SUSPENSÃO ORAL+DILUENTE.		X	X	X	
•	BENZILPENICILINA BENZATINA 1.200.000 U.I.	X		X	X	
•	BENZILPENICILINA BENZATINA 600.000 U.I.			X	X	
•	BIPERIDENO 2 MG, CLORIDRATO DE, COMPRIMIDO			X	X	
•	BROMOPRIDA GOTAS PEDIÁTRICA 4 MG/ML		X	X	X	
•	BRONFENIRAMINA, MALEATO DE 2MG/ML + FENILEFRINA, CLORIDRATO DE 2,5MG/ML		X	X	X	
•	BUDESONIDA 32 MCG/DOSE SPRAY NASAL				X	X
•	BUDESONIDA 64 MCG/DOSE SPRAY NASAL				X	X
•	CARBAMAZEPINA 100 MG/5ML SUSPENSÃO			X	X	
•	CARBAMAZEPINA 200			X	X	

	MG COMPRIMIDO					
•	CARBAMAZEPINA 400MG COMPRIMIDO			X	X	
•	CARBONATO DE CÁLCIO 500MG+ VITAMINA D 400 U.I COMPRIMIDO				X	X
•	CARBONATO DE LÍTIO 300 MG COMPRIDOS			X	X	
•	CARVEDILOL 25MG COMPRIMIDO					
•	CARVEDILOL 12,5MG COMPRIMIDO			X	X	
•	CARVEDILOL 3,125MG COMPRIMIDO			X	X	
•	CARVEDILOL 6,25MG COMPRIMIDO			X	X	
•	CEFALEXINA 250 MG/5ML SUSPENSÃO ORAL		X	X	X	
•	CEFALEXINA 500 MG COMPRIMIDO	X	X	X	X	
•	CINARIZINA 75 MG COMPRIMIDO			X	X	
•	CIPROFLOXACINO 3,5MG/G POMADA OFTÁLMICA				X	X
•	CIPROFLOXACINO 3,5MG/ML COLÍRIO				X	X
•	CIPROFLOXACINO 500 MG COMPRIMIDO	X*			X	X
•	CLOMIPRAMINA 25 MG COMPRIMIDO			X	X	
•	CLOMIPRAMINA 75 MG COMPRIMIDO			X	X	
•	CLONAZEPAN 2 MG COMPRIMIDO			X	X	
•	CLONAZEPAN 2,5 MG/ML GOTAS			X	X	
•	CLORETO DE SÓDIO SOLUÇÃO NASAL	X	X	X	X	
•	CLORPROMAZINA 100 MG COMPRIMIDOS			X	X	
•	CLORPROMAZINA 25 MG COMPRIMIDO			X	X	
•	COMPLEXO B DRÁGEA			X	X	
•	COMPLEXO B XAROPE			X	X	

•	COMPOSTO VITAMÍNICO MINERAL (protocolo especial)			X	X	
•	DEXAMETASONA 0,1% COLÍRIO				X	X
•	DEXAMETASONA 0,1% CREME	X	X	X	X	
•	DEXAMETASONA+SULF. DE NEOMICINA+ SULFATO DE POLIMININA B COLIRIO				X	X
•	DEXCLORFENIRAMINA 2MG/5ML SOLUÇÃO ORAL.		X	X	X	
•	DIAZEPAN 5 MG COMPRIMIDOS			X	X	
•	DIGOXINA 0,25 MG COMPRIMIDO			X	X	
•	DIMETICONA 75 MG/ML SUSPENSÃO			X	X	
•	DIPIRONA 500MG COMPRIMIDO	X		X	X	
•	DIPROPIONATO DE BETAMETASONA + FOSFATO DISSÓDICO DE BETAMETASONA INJETÁVEL					X
•	DOXAZOSINA 2 MG COMPRIMIDO			X	X	
•	DOXICICLINA 100MG COMPRIMIDO					X
•	ENALAPRIL 20 MG COMPRIMIDO			X	X	
•	ENANTATO DE NORETISTERONA 50MG + VALERATO DE ESTRADIOL 5 MG, INJETÁVEL			X	X	
•	ESPIRAMICINA 500MG CÁPSULA			X	X	
•	ESPIRONOLACTONA 25 MG COMPRIMIDO			X	X	
•	ESTRIOL 1MG/G, CREME VAGINAL			X	X	
•	ESTROGÊNIO CONJUGADO 0,300MG			X	X	

	DRÁGEA					
•	FENITOÍNA 100 MG COMPRIMIDO			X	X	
•	FENOBARBITAL 100 MG COMPRIMIDO			X	X	
•	FENOBARBITAL GOTAS PEDIÁTRICAS 1MG/GOTA			X	X	
•	FINASTERIDA 5MG COMPRIMIDO			X	X	
•	FLUCONAZOL 150 MG CÁPSULA			X	X	
•	FLUOXETINA 20 MG COMPRIMIDO			X	X	
•	FLUTICASONA 125MCG, PROPIONATO DE + SALMETEROL 25MCG, XINAFOATO, SPRAY ORAL (protocolo especial)				X	X
•	FOSFOMICINA TROMETAMOL 3G (protocolo especial)			X	X	
•	FUROSEMIDA 40MG COMPRIMIDOS			X	X	
•	GENTAMICINA 5MG/M COLÍRIO	X	X	X	X	
•	GLICLAZIDA 30MG COMPRIMIDO			X	X	
•	GUACO – MIKANIA GLOMERATA - XAROPE	X	X	X	X	
•	HALOPERIDOL 1 MG COMPRIMIDO			X	X	
•	HALOPERIDOL 5 MG COMPRIMIDO			X	X	
•	HALOPERIDOL, DECANOATO DE 50 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL			X	X	
•	HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG COMPRIMIDO			X	X	
•	HIDROXIDO DE ALUMÍNIO SUSPENSÃO					X
•	HIPROMELOSE 3% COLÍRIO				X	X
•	IBUPROFENO 50MG/ML		X	X	X	

•	IBUPROFENO 600 MG COMPRIMIDO	X		X	X	
•	IMIPRAMINA 25 MG COMPRIMIDO			X	X	
•	INSULINA NPH 100			X	X	
•	INSULINA REGULAR			X	X	
•	ISOSSORBIDA 5 MG COMPRIMIDO SUBLINGUAIS			X	X	
•	ISOSSORBIDA 20 MG COMPRIMIDO			X	X	
•	IVERMECTINA 6 MG COMPRIMIDO		X	X	X	
•	LEVODOPA 250MG + CARBIDOPA 25MG COMPRIMIDO			X	X	
•	LEVOMEPROMAZINA 100 MG COMPRIMIDO			X	X	
•	LEVOMEPROMAZINA 25 MG COMPRIMIDO			X	X	
•	LEVONORGESTREL 0,75MG COMPRIMIDO			X	X	
•	LEVOTIROXINA SÓDICA 100 MCG COMPRIMIDO			X	X	
•	LEVOTIROXINA SÓDICA 25 MCG COMPRIMIDO			X	X	
•	LEVOTIROXINA SÓDICA 50 MCG COMPRIMIDO			X	X	
•	LORATADINA 10MG COMPRIMIDOS	X	X	X	X	
•	LORATADINA 1MG/ML XAROPE		X	X	X	
•	LOSARTAN POTÁSSICO 50 MG COMPRIMIDO			X	X	
•	METFORMINA 850 MG COMPRIMIDO			X	X	
•	METILDOPA 250MG COMPRIMIDO REVESTIDO			X	X	
•	METILFENIDATO 10MG COMPRIMIDOS (protocolo especial)					X
•	METOCLOPRAMINA 10MG COMPRIMIDO	X	X	X	X	
•	METRONIDAZOL 250	X	X	X	X	

	MG COMPRIMIDO					
•	METRONIDAZOL 4% SUSPENSÃO ORAL			X	X	
•	METRONIDAZOL CREME VAGINAL + APLICADOR			X	X	
•	MICONAZOL 20MG/G CREME DERMATOLÓGICO			X	X	
•	MICONAZOL 100MG/ 4G DE CREME VAGINAL			X	X	
•	NISTATINA 100.000 UI SUSPENSÃO ORAL		X	X	X	
•	NITROFURANTOINA 100 MG CAPSULAS	X		X	X	
•	NORTRIPTILINA 25MG CÁPSULA			X	X	
•	OMEPRAZOL 20MG. CÁPSULAS			X	X	
•	ONDANSETRONA 4MG COMPRIMIDOS			X	X	
•	OSELTAMIVIR 30MG		X	X	X	
•	OSELTAMIVIR 45 MG		X	X	X	
•	OSELTAMIVIR 75MG	X	X	X	X	
•	OXIBUTINA 1MG/ML SOLUÇÃO ORAL			X	X	
•	OXIBUTINA 5MG COMPRIMIDO			X	X	
•	ÓXIDO DE ZINCO + VITAMINA A + VITAMINA D POMADA			X	X	
•	PARACETAMOL 200 MG/ML GOTAS.	X	X	X	X	
•	PARACETAMOL 500 MG COMPRIMIDOS	X		X	X	
•	PERMETRINA 10 MG/ML LOÇÃO			X	X	
•	PERMETRINA 50 MG/ML LOÇÃO			X	X	
•	PIRIMETAMINA 25 MG			X	X	
•	PREDNISONA 20 MG COMPRIMIDO	X	X	X	X	
•	PREDNISONA 5 MG COMPRIMIDO	X	X	X	X	

•	PRENIDISOLONA 3MG/ML SOLUÇÃO ORAL		X	X	X	
•	PROMETAZINA 25 MG COMPRIMIDO			X	X	
•	PROPRANOLOL 40 MG COMPRIMIDO			X	X	
•	RISPERIDONA 1MG COMPRIMIDO			X	X	
•	RISPERIDONA 2MG COMPRIMIDO			X	X	
•	SAIS PARA REIDRATAÇÃO ORAL, COMPOSTO DE CLORETO DE SÓDIO (3,5G), CLORETO DE POTÁSSIO (1,5G), CITRATO DE SÓDIO (2,9G) E GLICOSE (20,0G), EMBALADOS EM ENVELOPES COM 27,9G DA MISTURA	X	X	X	X	
•	SALBUTAMOL 100MCG SPRAY ORAL			X	X	
•	SINVASTATINA 20 MG COMPRIMIDO			X	X	
•	SULFADIAZINA 500MG COMPRIMIDO			X	X	
•	SULFAMETOXAZOL 200 MG + TRIMETROPINA 40 MG/5ML SUSPENSÃO ORAL		X	X	X	
•	SULFAMETOXAZOL 400 MG + TRIMETROPINA 80 MG, COMPRIMIDO	X		X	X	
•	SULFATO FERROSO 40MG DE FERRO ELEMENTAR COMPRIMIDO			X	X	
•	SULFATO FERROSO GOTAS 125MG/ML			X	X	
•	TIAMAZOL 5MG COMPRIMIDO			X	X	
•	TIAMINA 300MG COMPRIMIDO			X	X	
•	TIAMINA 100MG + PIRIDOXINA 100MG +					X

	CIANOCOBALAMINA 500MG INJETÁVEL					
•	TIMOLOLO,5% COLIRIO			X	X	
•	TIORIDAZINA 100 MG DRÁGEAS			X	X	
•	TIORIDAZINA 50 MG DRÁGEA			X	X	
•	VALPROATO DE SÓDIO 250 MG/ML XAROPE			X	X	
•	VARFARINA SÓDICA 5MG COMPRIMIDO			X	X	
•	VERAPAMIL 80MG COMPRIMIDO			X	X	
•	VITAMINA A 50.000 UI + VITAMINA D3 10.000 UI/ML GOTAS			X	X	
•	VITAMINA A+ AMINOÁCIDO+CLORANFENICOL POMADA OFTÁLMICA				X	X

** Medicamentos dispensados apenas nos períodos em que UBS está fechada e em quantidade suficiente até que o paciente procure UBS da área de abrangência.*

3. FÁRMACOS POR ESPECIALIDADE

3.1 – ENDOCRINOLOGIA

3.1.1 UNIDADE BÁSICA/ FARMÁCIA POPULAR - PRIMEIRA OPÇÃO

	Farmácia Popular – “AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR”	
Unidade Básica	GRATUITO	COPAGAMENTO
Gliclazida MR 30mg	Metformina 850mg	Sinvastatina 10mg
Metformina 850mg	Glibenclamida 5mg	Sinvastatina 20mg
Insulina NPH	Metformina 500mg	Sinvastatina 40mg
Insulina Regular	Metformina XR 500mg	
Levotiroxina 25mcg	INSULINA HUMANA REGULAR 100UI/ML*	

Levotiroxina 50mcg	INSULINA HUMANA NPH 100 UI/ML*	
Levotiroxina 100mcg		
Tiamazol 5mg		
Sinvastatina 20mg		

3.1.2 - FARMÁCIA CENTRAL – SEGUNDA OPÇÃO

Produto
Não há opções disponíveis

3.1.3 - FARMÁCIA DO ESTADO

Medicamento	Critério
Insulina Glargina	Vide Programa de Análogos de Insulina
Insulina Detemir.	
Insulina Aspart	
Insulina Lispro	
Desmopressina 0,1 mg/ml aplicação nasal (por frasco de 2,5 ml)	Diabetes Insípido E23.2
Atorvastatina 10 mg (por comprimido) Atorvastatina 20 mg (por comprimido) Atorvastatina 40 mg (por comprimido) Bezafibrato 200 mg (por drágea ou comprimido) Ciprofibrato 100 (por comprimido) Fenofibrato 200 mg (por cápsula) Genfibrozila 600 mg (por comprimido) Genfibrozila 900 mg (por comprimido)	Dislipidemia E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8
Somatropina 4 ui injetável (por frasco-ampola) Somatropina 12 ui injetável (por frasco-ampola) Somatropina 20 ui injetável (por frasco-ampola) Desmopressina 0,1mg/ml Desmopressina 0,2 MG (por comprimido)	Deficiência de Hormônio do Crescimento Hipopituitarismo: E23.0 e E232
Calcitriol 0,25 mcg (por cápsula)	Hiperprolactinemia: E22.1
Ciproterona 50 mg (por comprimido) Fludrocortisona 0,1 mg (por comprimido)	Hiperplasia adrenal congênita: E25.0

Calcitriol 0,25 mcg (por cápsula)	Raquitismo: E55.0, E55.9, E64.3, E83.3
Bromocriptina 2,5 mg (por comprimido) Cabergolina 0,5 mg (por comprimido) Ciproterona 50 mg (por comprimido) Lanreotida 120 mg, 60 mg e 90 mg Gosserrelina 3,60 mg injetável (por seringa preenchida) Gosserrelina 10,80 mg injetável (por seringa preenchida) Leuprorrelina 3,75 mg injetável (por frasco-ampola) Leuprorrelina 11,25 mg injetável (por seringa preenchida) Triptorrelina 3,75 mg injetável (por frasco-ampola) Triptorrelina 11,25 mg injetável (por frasco-ampola) Octreotida 0,1mg/ml Octreotida LAR 20mg Octreotida LAR 30mg	E221, E220 E220 Puberdade Precoce Central: E22.8

3.1.4 – FARMÁCIA ESPECIAL DO MUNICÍPIO

Produto	Critério
Ezetimiba 10mg	- Restrito à cardiologia e endocrinologia. - Refratariedade ou contraindicação ao uso de estatinas

3.2 ORTOPEDIA E REUMATOLOGIA

3.2.1 UNIDADE BÁSICA/ FARMÁCIA POPULAR - PRIMEIRA OPÇÃO

Unidade Básica	Farmácia Popular “AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR”
Ibuprofeno 600 mg/cpr	Alendronato 70mg (COPARTICIPAÇÃO)
Ibuprofeno 50 mg/ml gotas oral	
Paracetamol 200 mg/ml gotas oral	
Paracetamol 500 mg/cpr	
Dexametasona 4 mg/ml injetável	
Acido Valpróico 250 mg/cáps	
Alendronato 70mg	
Carbamazepina 200 mg/cpr	
Carbamazepina 100 mg/ml sol.Oral	
Carbamazepina 400 mg/cpr	
Valproato de Sódio 250 mg/ml sol Oral	
Amitriptilina 25 mg/cpr	
Amitrimptilina 75mg/cpr	
Imipramina 25 mg /cpr	
Fluoxetina 20 mg/ cáps	
Nortiptilina 25 mg/cpr	
Alopurinol 300 mg/cpr	
Prednisona 5 mg/cpr	
Prednisona 20 mg/ cpr	
Prednisolona 30mg/ml sol oral	
Vitamina A 50.000 UI + Vitamina D3 10.000 UI/ML gotas oral	

3.2.2 - FARMÁCIA CENTRAL – SEGUNDA OPÇÃO

Produto
CARBONATO DE CÁLCIO 500MG+ VITAMINA D 400 U.I COMPRIMIDO

3.2.3 - FARMÁCIA DO ESTADO

Adalimumabe 40 mg injetável (por seringa preenchida)	Artrite Psoriática M07.0, M07.3
Ciclosporina 25 mg (por cápsula)	
Ciclosporina 50 mg (por cápsula)	
Ciclosporina 100 mg (por cápsula)	
Ciclosporina 100 mg/ml solução oral (por frasco de 50 ml)	
Etanercepte 25 mg injetável (por frasco-ampola)	

Etanercepte 50 mg injetável (por frasco-ampola) Golimumabe 50mg injetável (por seringa preenchida) Infliximabe 10 mg/ml injetável (por frasco-ampola 10 ml) Leflunomida 20 mg (por comprimido) Metotrexato 2,5 mg (por comprimido) Metotrexato 25 mg/ml injetável (por ampola de 2 ml) Naproxeno 500mg (por comprimido) Secuquinumabe 150mg/ml sol injetável Sulfassalazina 500 mg (por comprimido)	
Sulfassalazina 500 mg (por comprimido)	Artrite Reativa Doença de Reiter M 02.3 Artropatia Enteropática M07.4, M07.5, M07.6
Abatacepte 125 mg injetável Abatacepte 250 mg injetável Adalimumabe 40 mg injetável (por seringa preenchida) Certolizumabe pegol 200 mg/ml inj Tocilizumabe 20 mg/ml injetável Rituximabe 500mg/cpr Ciclosporina 10 mg (por cápsula) Ciclosporina 25 mg (por cápsula) Ciclosporina 50 mg (por cápsula) Ciclosporina 100 mg (por cápsula) Ciclosporina 100 mg/ml solução oral (por frasco de 50 ml) Cloroquina 150 mg (por comprimido) Etanercepte 25 mg injetável (por frasco-ampola) Etanercepte 50 mg injetável (por frasco-ampola) Hidroxicloroquina 400 mg (por comprimido) Infliximabe 10 mg/ml injetável (por frasco-ampola 10 ml) Leflunomida 20 mg (por comprimido) Metotrexato 2,5 mg (por comprimido) Metotrexato 25 mg/ml injetável (por ampola de 2 ml)	Artrite Reumatóide M05.0, M08.0
Adalimumabe 40 mg injetável (por seringa preenchida) Etanercepte 25 mg injetável (por frasco-ampola) Etanercepte 50 mg injetável (por frasco-ampola) Golimumabe 50mg injetável (por seringa preenchida)	Espondilite Ancilosante M46.8

Infliximabe 10 mg/ml injetável (por frasco-ampola 10 ml) Leflunomida 20 mg (por comprimido) Metotrexato 2,5 mg (por comprimido) Metotrexato 25 mg/ml injetável (por ampola de 2 ml) Naproxeno 500mg (por comprimido) Secuquinumabe 150mg/ml sol injetável Sulfassalazina 500 mg (por comprimido)	
Azatioprina 50 mg (por comprimido) Ciclofosfamida 50 mg Ciclosporina 25 mg (por cápsula) Ciclosporina 50 mg (por cápsula) Ciclosporina 100 mg (por cápsula) Ciclosporina 100 mg/ml solução oral (por frasco de 50 ml) Cloroquina 150 mg (por comprimido) Danazol 100 mg (por comprimido) Hidroxicloroquina 400 mg (por comprimido) Metotrexato 2,5 mg (por comprimido) Metotrexato 25 mg/ml Micofenolato de mofetila 500 mg (por comprimido)	Lúpus Eritematoso Sistêmico M32.1, M32.8
Calcitonina 200 ui spray nasal (por frasco) Calcitriol 0,25 mcg (por cápsula) Pamidronato 60 mg injetável (por frasco) Raloxifeno 60 mg (por comprimido) Risedronato 35 mg (por comprimido)	Osteoporose M80.5, M81.5 M80.0, M80.1, M80.2, M80.3, M80.4, M80.8, M81.0, M81.1, M81.2, M81.3, M81.4, M81.6, M81.8, M82.0, M82.1, M82.8
Codeína 3 mg/ml solução oral (por frasco de 120 ml) Codeína 30mg (por comprimido) Gabapentina 300mg (por comprimido) Metadona 10mg (por comprimido) Metadona 10mg (sol. Injetável) Morfina 10mg (por comprimido) Morfina 10 mg (sol. Injetável) Morfina 30mg (por comprimido)	Paraná sem dor R52.1 R52.2

3.2.4 – FARMÁCIA ESPECIAL DO MUNICÍPIO

Produto	Critério
Hidroxicloroquina 400 mg	Refratariedade aos medicamentos padronizados. Solicitação restrita aos especialistas em reumatologia. Refratariedade ao tratamento do

	componente Especializado (CEAF)
Tramadol 50 mg/cpr	Nos casos de refratariedade ao tratamento Paraná Sem dor) Somente para tratamento crônico
Baclofeno 10mg cpr	Sob avaliação da auditoria médica
Ciclobenzaprina 5mg	Opção como miorelaxante, sob avaliação da auditoria médica
Colchicina 0,5mg comprimido	Sob avaliação da auditoria médica

3.3 SAÚDE MENTAL (PSIQUIATRIA E NEUROLOGIA)

3.3.1 UNIDADE BÁSICA/ FARMÁCIA POPULAR - PRIMEIRA OPÇÃO

Unidade Básica	Farmácia Popular “AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR”
Amitriptilina 25 mg/cp Amitriptilina 75 mg/cp Acido Valproico 250 mg/drag Biperideno 2 mg/cp. Carbonato de lítio 300 mg/cp. Carbamazepina 200 mg/cp. Carbamazepina 400 mg/cp. Carbamazepina Sol. Oral 20 mg/ml Clonazepan 2 mg/cp. Clonazepan 2,5 mg/ml Clomipramina 25 mg/cpr Clomipramina 75 mg/cpr Clorpromazina 100 mg/cpr Clorpromazina 25 mg/cpr Diazepam 5 mg/cpr Diazepam Injetável 5mg/ml Fenitoina 100 mg/cpr Fenobarbital 100 mg/cpr Fenobarbital gts 40 mg/ml	Copagamento Carbidopa 25mg+levodopa 250mg Benseramida 25mg + Levodopa 100mg

Fluoxetina 20 mg/caps Haloperidol 1 mg /cpr Haloperidol 5 mg/cpr Haloperidol 5mg Injetável Levodopa 250mg + carbidopa 25mg cpr Levomepromazina 100 mg/cpr Levomepromazina 25 mg/cpr Nortriptilina 25 mg/cpr Risperidona 2 mg/cpr Risperidona 1 mg/cpr Tioridazina 100 mg/cpr Tioridazina 50 mg/cpr Valproato de Sódio 50 mg/ml	
--	--

3.3.2 - FARMÁCIA CENTRAL – SEGUNDA OPÇÃO

Metilfenidato 10 mg/cpr	Restrito a prescrição de neurologista e psiquiatra da rede SUS
-------------------------	--

3.3.3 - FARMÁCIA DO ESTADO

Produto	Critério
Donepezila 5 mg (por comprimido) Donepezila 10 mg (por comprimido) Galantamina 8 mg (por cápsula de liberação prolongada) Galantamina 16 mg (por cápsula de liberação prolongada) Galantamina 24 mg (por cápsula de liberação prolongada) Memantina 10 mg (por comprimido) Rivastigmina 1,5 mg (por cápsula) Rivastigmina 2,0 mg/ml solução oral (por frasco de 120 ml) Rivastigmina 3 mg (por cápsula) Rivastigmina 4,5 mg (por cápsula) Rivastigmina 6 mg (por cápsula) Rivastigmina 18 mg(9,5mg/24h) adesivo transdérmico Rivastigmina 9mg(4,6mg/24h) adesivo transdérmico	Doença de Alzheimer F00.0 F00.1 F00.2 G30.0, G30,1, G30.8
Amantadina 100 mg (por comprimido) Azatioprina 50mg (por comprimido)	Doença de Parkinson G20

Bromocriptina 2,5 mg (por comprimido ou por cápsula de liberação retardada) Clozapina 25mg (por comprimido) Clozapina 100mg (por comprimido) Entacapona 200 mg (por comprimido) Pramipexol 0,125 mg (por comprimido) Pramipexol 0,25 mg (por comprimido) Pramipexol 1 mg (por comprimido) Rasagilina 1mg (por comprimido) Selegilina 5 mg (por comprimido) Selegilina 10 mg (por comprimido) Tolcapona 100 mg (por comprimido) Triexifenidila 5 mg (por comprimido)	
Codeína 3 mg/ml solução oral (por frasco de 120 ml) Codeína 30 mg (por comprimido) Gabapentina 300mg (por comprimido) Metadona 10 mg (por comprimido) Metadona 10 mg/ml injetável (por ampola de 1 ml) Morfina 10 mg (por comprimido) Morfina 10 mg/ml (por ampola de 1 ml) Morfina 30 mg (por comprimido)	Dor Crônica R52.1, R52.2
Clobazam 10 mg (por comprimido) Etossuximida 50 mg/ml (frasco de 120ml) Gabapentina 300 mg (por cápsula) Gabapentina 400 mg (por cápsula) Lamotrigina 25 mg (por comprimido) Lamotrigina 50 mg (por comprimido) Lamotrigina 100 mg (por comprimido) Levetiracetam 100mg/ml Levetiracetam 250mg (por comprimido) Levetiracetam 750mg (por comprimido) Primidona 250 mg (por comprimido) Topiramato 100 mg (por comprimido) Topiramato 25 mg (por comprimido) Topiramato 50 mg (por comprimido) Vigabatrina 500 mg (por comprimido)	Epilepsia G40.0, G40.1, G40.2, G40.3, G40.4, G40.5, G40.6, G40.7, G40.8
Riluzol 50 mg (por comprimido)	Esclerose Lateral Amiotrófica G12.2
Azatioprina 50 mg (por comprimido) Betainterferona 1a 6.000.000 UI (22 mcg) injetável	Esclerose Múltipla

(por seringa preenchida) Betainterferona 1a 6.000.000 UI (30 mcg) injetável (por frasco-ampola ou seringa preenchida) Betainterferona 1a 12.000.000 UI (44 mcg) injetável (por seringa preenchida) Betainterferona 1b 9.600.000 UI (300 mcg) injetável (por frasco-ampola) Fingolimode 0,5mg (por comprimido) Fumarato de dimetila 120 mg (por comprimido) Fumarato de dimetila 240 mg (por comprimido) Glatiramer 40 mg injetável (por frasco-ampola ou seringa preenchida) Natalizumabe 300 mg (por frasco-ampola) Teriflunomida 14 mg (por comprimido)	G35
Azatioprina 50 mg (por comprimido) Ciclofosfamida 50 mg (por drágea) Metotrexato 2,5 mg (por comprimido) Micofenolato de mofetila 500 mg (por comprimido) Sildenafil 25mg (por comprimido) Sildenafil 50mg (por comprimido)	Esclerose Sistêmica M34.0, M34.1, M34.8
Toxina botulinica tipo A 100 ui injetável (por frasco-ampola) Toxina botulinica tipo A 500 ui injetável (por frasco-ampola)	Espasmo Hemifacial G51.8
Toxina botulinica tipo A 100 ui injetável (por frasco-ampola) Toxina botulinica tipo A 500 ui injetável (por frasco-ampola)	Espasticidade G04.1, G80.0, G80.1, G80.2, G81.1, G82.1, G82.4, I69.0, I69.1, I69.2, I69.3, I69.4, I69.8, T90.5, T90.8
Clozapina 25 mg (por comprimido) Clozapina 100 mg (por comprimido) Olanzapina 5 mg (por comprimido) Olanzapina 10 mg (por comprimido) Quetiapina 25 mg (por comprimido) Quetiapina 100 mg (por comprimido) Quetiapina 200 mg (por comprimido) Quetiapina 300 mg (por comprimido) Risperidona 1 mg (por comprimido) Risperidona 2 mg (por comprimido) Risperidona 3 mg (por comprimido)	Esquizofrenia F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8 Transtorno Esquizoafetivo F250, F251, F252

Ziprasidona 40 mg (por cápsula) Ziprasidona 80 mg (por cápsula)	
Clozapina 25 mg (por comprimido) Clozapina 100 mg (por comprimido) Olanzapina 5 mg (por comprimido) Olanzapina 10 mg (por comprimido) Quetiapina 25 mg (por comprimido) Quetiapina 100 mg (por comprimido) Quetiapina 200 mg (por comprimido) Quetiapina 300 mg (por comprimido) Risperidona 1 mg (por comprimido) Risperidona 2 mg (por comprimido) Risperidona 3 mg (por comprimido) Ziprasidona 40 mg (por cápsula) Ziprasidona 80 mg (por cápsula)	Transtorno Afetivo Bipolar F311, F312, F313, F314, F315, F316, F317
Risperidona 1 mg (por comprimido) Risperidona 2 mg (por comprimido) Risperidona 3 mg (por comprimido) Risperidona 1mg/ml	Comportamento Agressivo como Transtorno do Espectro do Autismo F840, F841, F843, F845, F848

3.3.4 - FARMÁCIA ESPECIAL DO MUNICÍPIO

Produto	Critério
Citalopran 20 mg/ cpr Sertralina, cloridrato, 50 mg/cpr Paroxetina 20 mg/cáps	Refratariedade aos medicamentos padronizados. Solicitação restrita aos especialistas em psiquiatria.
Escitalopram, oxalato, 10 mg/ Venlafaxina 75 mg/cáps	Refratariedade aos medicamentos padronizados. Refratariedade à utilização de Citalopram, Sertralina ou Paroxetina Solicitação restrita aos especialistas em psiquiatria.
Lamotrigina 100 mg/cpr	Para atender patologias não incluídas

Lamotrigina 50 mg/cpr Quetiapina 100 mg/cpr Quetiapina 200 mg/cpr Quetiapina 25 mg/cpr Zuclopentixol, decanoato 200mg/ml injetável	no componente especializado (CEAF) Solicitação restrita aos especialistas em psiquiatria e neurologia Zuclopnetixol – refratariedade a flufenazina e/ou haloperidol decanoato
Oxcarbazepina 300 mg/cpr Oxcarbazepina 60mg/ml susp oral Topiramato 100 mg/cpr Topiramato 50 mg/cpr Topiramato 25 mg/cpr	Para atender patologias não incluídas no componente especializado (CEAF) Solicitação restrita aos especialistas em psiquiatria e neurologia
Risperidona 1 mg/ml solução Oral	Somente para situações onde não for possível a administração das apresentações de 1mg/cp e 2mg/cp
Metilfenidato LA 30mg Metifenidato LA 20mg	Solicitação restrita aos especialistas em psiquiatria e neurologia
Levodopa/Benserazida 100/25mg comprimido dispersível • Levodopa/Benserazida 100/25mg HBS Levodopa/Benserazida 100/25 BD Levodopa/Benserazida 200/50	Sob avaliação da auditoria médica

3.4 GASTROENTEROLOGIA

3.4.1 UNIDADE BÁSICA/ FARMÁCIA POPULAR - PRIMEIRA OPÇÃO

Unidade Básica	Farmácia Popular
Omeprazol 20mg	
Metoclopramida 10mg/cpr	
Simeticona 75 mg/ml suspensão	
Bromoprida gotas pediátrica 4 mg/ml	
Ondansetrona 4mg cpr Refratariedade aos outros medicamentos antieméticos padronizados.	

3.4.2 - FARMÁCIA CENTRAL – SEGUNDA OPÇÃO

Produto
Hidróxido de Alumínio suspensão

3.4.3 - FARMÁCIA DO ESTADO

Produto	Critério
Adalimumabe 40 mg injetável (por seringa preenchida) Azatioprina 50 mg (por comprimido) Certrolizumabe pegol 200mg/ml injetável Infliximabe 10 mg/ml injetável (por frasco-ampola 10 ml) Mesalazina 400 mg (por comprimido) Mesalazina 500 mg (por comprimido) Mesalazina 800 mg (por comprimido) Metotrexato 2,5mg (por comprimido) Metotrexato 25 mg/ml injetável (por ampola de 2 ml) Sulfassalazina 500 mg (por comprimido)	Doença de Crohn : K50.0, K50.1, K50.8
Azatioprina 50 mg (por comprimido) Ciclosporina 10 mg (por cápsula) Ciclosporina 25 mg (por cápsula) Ciclosporina 50 mg (por cápsula) Ciclosporina 100 mg (por cápsula) Ciclosporina 100 mg/ml solução oral (por frasco de 50 ml) Infliximabe 10 mg/ml injetável (por frasco-ampola 10 ml) Mesalazina 1 g + diluente 100 ml (enema) - dose Mesalazina 1000 mg (por supositório) Mesalazina 250 mg (por supositório) Mesalazina 3 g + diluente 100 ml (enema) - dose Mesalazina 400 mg (por comprimido) Mesalazina 500 mg (por comprimido) Mesalazina 800 mg (por comprimido)	Retocolite Ulcerativa : K51.0, K51.2, K51.3, K51.5, K51.8

Prednisona 20mg (por comprimido) Prednisona 5mg (por comprimido) Sulfassalazina 500 mg (por comprimido)	
Pancreatina 10.000 UI (por cápsula) Pancreatina 25.000 UI (por cápsula)	Fibrose Cística: E84.1
Azatioprina 50 mg (por comprimido)	Hepatite Autoimune: K75.4
Alfaepoetina 10.000 UI injetável (por frasco-ampola) Alfapeginterferona 2ª 180mcg UI injetável (por frasco-ampola) Filgrastim 300 mcg injetável (por frasco) GLECAPREVIR 100MG /PIBRENTASVIR 40MG (por comprimido) LEDIPASVIR 90MG /SOFOSBUVIR 400MG (por comprimido) RIBAVIRINA 250 MG (por comprimido) SOFOSBUVIR 400 MG (por comprimido) SOFOSBUVIR 400MG /VELPATASVIR 100MG (por comprimido)	Hepatite Viral C: B17.1
Alfapeginterferona 2a 180 mcg (por frasco-ampola) Entecavir 0,5 mg (por comprimido) Lamivudina 10 mg/ml solução oral (por frasco de 240 ml) Lamivudina 150 mg (por comprimido) Tenofovir 300 mg (por comprimido)	Hepatite Viral Crônica B: B18.0

3.4.4 - FARMÁCIA ESPECIAL DO MUNICÍPIO

Produto	Critério
Pantoprazol 40mg	Refratariedade ao Omeprazol Restrito aos especialistas em Gastroenterologia Pacientes em uso de clopidogrel
Lactulose 667 mg, xarope	Sob avaliação da Auditoria Médica.

3.5 UROLOGIA

3.5.1 UNIDADE BÁSICA - PRIMEIRA OPÇÃO

Unidade Básica	Farmácia Popular
Doxazosina 2mg comprimido	Não há opções
Oxibutina 1mg/ml solução oral	
Oxibutina 5mg comprimido	
Finasterida 5mg comprimido	

3.5.2 - FARMÁCIA CENTRAL – SEGUNDA OPÇÃO

Produto
Não há opções

3.5.3 - FARMÁCIA DO ESTADO

Produto	Critério
Ciclofosfamida 50 mg (por comprimido) Ciclosporina 25 mg (por cápsula) Ciclosporina 50 mg (por cápsula) Ciclosporina 100 mg (por cápsula) Ciclosporina 100 mg/ml solução oral (por frasco de 50 ml) Tacrolimo 1 mg (por comprimido) Tacrolimo 5 mg (por comprimido)	Síndrome Nefrótica

3.5.4 - FARMÁCIA ESPECIAL DO MUNICÍPIO

Produto	Critério
Gosserrelina 10,8 Mg Sc.	Refratariedade aos medicamentos da rede / Uso restrito aos especialistas em urologia
Ciproterona 50mg comprimido	Refratariedade aos medicamentos da rede / Uso restrito aos especialistas em urologia

3.6 CARDIOLOGIA/VASCULAR

3.6.1 UNIDADE BÁSICA - PRIMEIRA OPÇÃO

Produto	Farmácia Popular ou “Aqui tem Farmácia Popular”
Ácido acetil salicílico 100 mg comprimido	GRATUITO
Amiodarona 200mg comprimido	Atenolol 25mg
Anlodipino 5mg comprimido	Captopril 25 mg
Atenolol 50 mg comprimido.	Enalapril 10 mg
Varfarina sódica 5mg comprimidos,	Hidroclorotiazida 25 mg
Digoxina 0,25 mg comprimido	Losartana 50 mg
Isossorbida 5 mg comprimidos sublinguais	Propranolol 40 mg
Enalapril 20 mg comprimido	
Espironolactona 25 mg comprimido	CO-PAGAMENTO
Furosemida 40 mg comprimidos	Sinvastatina 10 mg
Losartana potássica 50 mg comp.	Sinvastatina 20 mg
Metildopa 250 mg comprimido revestido	Sinvastatina 40 mg
Isossorbida 20 mg comprimidos	
Propranolol 40 mg. Comprimido	
Sinvastatina 20 mg comprimidos	
Verapamil 80 mg comprimidos	
Carvedilol 3,125mg, comprimido	
Carvedilol 6,25 mg comprimido	
Carvedilol 12,5mg, comprimido	
Carvedilol 25mg, comprimido	

3.6.2 - FARMÁCIA CENTRAL – SEGUNDA OPÇÃO

Produto
Diosmina 450 mg+ hesperidina 50 mg comprimidos

3.6.3 - FARMÁCIA DO ESTADO

Produto	Critério
Taliglucerase alfa 200 UI Imiglucerase 400UI Miglustate 100mg (por comprimido)	E752 – doença de Gaucher
Atorvastatina 10 mg (por comprimido) Atorvastatina 20 mg (por comprimido) Atorvastatina 40 mg (por comprimido) Bezafibrato 200 mg (por drágea ou comprimido) Ciprofibrato 100 (por comprimido) Fenofibrato 200 mg (por cápsula) Genfibrozila 600 mg (por comprimido) Genfibrozila 900 mg (por comprimido)	Dislipidemia: E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8
Clopidogrel 75mg comprimido	I201, I210, I211, I212, I213, I214, I219, I220, I221, I228, I229, I230, I231, I232, I233, I234, I235, I236, I238, I240, I248, I249.

3.6.4 - FARMÁCIA ESPECIAL DO MUNICÍPIO

Produto	Critério
Bisoprolol 5 mg comprimidos revestidos	Restrito à cardiologia
Bisoprolol 2,5 mg comprimidos revestidos	Restrito à cardiologia
Cilostazol 50mg comprimidos	Uso restrito aos especialistas em angiologia
Metoprolol succinato de, 50mg comprimidos	Refratariedade aos betabloqueadores padronizados
Enoxaparina sódica 20mg para aplicação subcutânea	Restrito a gestantes que apresentam Síndrome do anticorpo anti-fosfolípide (SAF) enquanto aguardam deferimento do CEAF.

Enoxaparina sódica 40mg para aplicação subcutânea.	Restrito a gestantes que apresentam Síndrome do anticorpo anti-fosfolípide (SAF) enquanto aguardam deferimento do CEAF.
Enoxaparina sódica 60mg para aplicação subcutânea.	Restrito a gestantes que apresentam Síndrome do anticorpo anti-fosfolípide (SAF) enquanto aguardam deferimento do CEAF.
Indapamida 1,5mg comprimidos revestidos de liberação controlada	Restrito à cardiologia
Manidipina 10mg comprimidos	Restrito à cardiologia (edema)
Nimodipino 30mg comprimido	Restrito à cardiologia e angiologia
Pentoxifilina 400mg comprimidos	Uso restrito aos especialistas em angiologia
Ramipril 5mg comprimidos	Restrito à cardiologia
Ramipril 2,5mg comprimidos	Restrito à cardiologia
Trimetazidina 35mg, comprimidos de liberação prolongada	Restrito à cardiologia
Valsartana 160mg comprimidos	Refratariedade ao elenco da rede Restrito à cardiologia
Ezetimiba 10mg comprimido	Restrito à cardiologia e endocrinologia. Refratariedade ou contraindicação ao uso de estatinas

3.7 OFTALMOLOGIA

3.7.1 UNIDADE BÁSICA/ FARMÁCIA POPULAR - PRIMEIRA OPÇÃO

Produto	Farmácia Popular
Gentamicina colírio	Timolol 2,5mg (co-pagamento)
Timolol colírio 0,5%	Timolol 5mg (co-pagamento)

3.7.2 - FARMÁCIA CENTRAL – SEGUNDA OPÇÃO

Produto
Ciprofloxacino 3,5mg/ml, colírio, frasco contendo 5ml.
Ciprofloxacino 3,5mg/g, pomada oftálmica, bisnaga contendo 3,5g
Dexametasona 0,1% colírio
Dexametasona+sulf. de neomicina+ sulfato de poliminina B colírio
Vitamina a+ aminoácido+cloranfenicol pomada oftálmica
Hipromelose + dextrano solução oftálmica

3.7.3 - FARMÁCIA DO ESTADO

Produto	Critério
Adalimumabe 40mg (seringa) Azatioprina 50 mg (por comprimido) Ciclosporina 25 mg (por cápsula) Ciclosporina 50 mg (por cápsula) Ciclosporina 100 mg (por cápsula) Ciclosporina 100 mg/ml solução oral (por frasco de 50 ml) Prednisona 5mg (por comprimido) Prednisona 20mg (por comprimido)	Uveítes Posteriores Não Infecciosas: H15.0, H20.1, H30.1, H30.2, H30.8

3.7.4 - FARMÁCIA ESPECIAL DO MUNICÍPIO

Produto	Critério
Travaprostá 0,04% solução oftálmica	Sob avaliação da auditoria médica
Dorzolamida 2% solução oftálmica	Sob avaliação da auditoria médica
Brimonidina 2mg/ml solução oftálmica	Sob avaliação da auditoria médica
Bimatoprostá 0,3mg/ml solução oftálmica	Sob avaliação da auditoria médica

3.8. DERMATOLOGIA

3.8.1 UNIDADE BÁSICA/ FARMÁCIA POPULAR - PRIMEIRA OPÇÃO

Produto	Farmácia Popular
Aciclovir 200 mg comprimido	
Dexclorfeniramina 2mg/5ml, maleato de, solução oral.	Não tem
Dexametasona 0,1% creme bisnagas	
Loratadina 1mg/ml xarope	
Loratadina 10mg, comprimidos	
Miconazol creme tópico 20 mg/G	
Miconazol 100mg/4g creme vaginal	
Prednisona 20 mg comprimido	
Prednisona 5 mg comprimido	
Prednisolona 3mg/ml solução oral	
Ivermectina 6 mg comprimido	
Permetrina 10 mg/ml loção	
Permetrina 50 mg/ml loção	

3.8.2 - FARMÁCIA CENTRAL – SEGUNDA OPÇÃO

Produto
Dipropionato de betametasona + fosfato dissódico de betametasona injetável

3.8.3 - FARMÁCIA DO ESTADO

Produto	Critério
Isotretinoína 10 mg (por cápsula) Isotretinoína 20 mg (por cápsula)	Acne: L70.0, L70.1, L70.8
Azatioprina 50 mg (por comprimido) Ciclosporina 25 mg (por cápsula) Ciclosporina 50 mg (por cápsula) Ciclosporina 100 mg (por cápsula) Ciclosporina 100 mg/ml solução oral (por frasco de 50 ml) Hidroxicloroquina 400 mg (por comprimido) Imunoglobulina Humana 0,5 g injetável (por frasco) Imunoglobulina Humana 2,5 g injetável (por frasco) Imunoglobulina Humana 5,0 g injetável (por frasco) Metotrexato 2,5 mg (por comprimido) Metotrexato 25 mg/ml injetável (por ampola de 2 ml)	Dermatomiosite: M33.0, M33.1
Acitretina 10 mg (por cápsula) Acitretina 25 mg (por cápsula) Adalimumabe 40 mg (seringa) Calcipotriol 50 mcg/g (pomada) Ciclosporina 25 mg (por cápsula) Ciclosporina 50 mg (por cápsula) Ciclosporina 100 mg (por cápsula) Ciclosporina 100 mg/ml solução oral (por frasco de 50 ml) Clobetasol 0,5mg/g (pomada) Etanercepte 25 mg (seringa)	Psoríase

Etanercepte 50 mg (seringa) Metotrexato 2,5 mg (por comprimido) Metotrexato 25mg/ml (injetável) Secuquinumabe 150MG/ML (injetável) Ustequinumabe 45 MG/0,5ML (seringa)	
---	--

3.8.4 - FARMÁCIA ESPECIAL DO MUNICÍPIO

Produto	Critério
Tacrolimus 0,1% pomada	Dermatite atópica / Refratariedade aos medicamentos da rede / Uso restrito à dermatologia e Alergologia. Sob avaliação da auditoria médica
Tacrolimus 0,03% pomada	Dermatite atópica / Refratariedade aos medicamentos da rede / Uso restrito à dermatologia e Alergologia. Sob avaliação da auditoria médica
Desloratadina 0,5mg solução oral	Refratariedade aos medicamentos da rede Uso restrito à dermatologia e Alergologia

3.9 ALERGOLOGIA, PNEUMOLOGIA E OTORRINOLARINGOLOGIA

3.9.1- UNIDADE BÁSICA/ FARMÁCIA POPULAR - PRIMEIRA OPÇÃO

Produto	Farmácia Popular ou Aqui tem Farmácia Popular
	Gratuito
Dexclorfeniramina 2mg/5ml solução oral	Brometo de ipatrópio 0,02 mg
Loratadina 10mg, comprimidos	Brometo de ipatrópio 0,25 mg
Loratadina solução oral	Beclometasona 200mcg capsula

Maleato de bronfeniramina 2mg/ml + cloridrato de fenilefrina 2,5mg/ml gotas	Beclometasona 250mcg spray
Prednisona 20 mg comprimidos	Beclometasona 200mcg spray
Prednisona 5 mg comprimidos	Salbutamol 100mcg spray
Prednisolona 3mg/ml solução oral, frasco	Salbutamol 5mg cpr
Solução de cloreto de sódio solução nasal	
Guaco xarope	Co-pagamento
Salbutamol 100mcg spray oral	Budesonida 32 mcg spray nasal

3.9.2 - FARMÁCIA CENTRAL – SEGUNDA OPÇÃO

Produto
Budesonida 32 mcg/dose spray nasal frascos c/ 120 doses
Budesonida 64 mcg/dose spray nasal frascos c/ 120 doses
Dipropionato de betametasona + fosfato dissódico de betametasona Injetável
Fluticasona 125mcg + salmeterol 25mcg spray oral – exclusivo para prescrição SUS, crianças até 10anos e idosos acima de 60 anos.

3.9.3 - FARMÁCIA DO ESTADO

Produto	Critério
Budesonida 200 mcg (por cápsula ou pó inalante) Fenoterol 100 mcg aerossol (frasco de 200 doses) Formoterol 12 mcg (por cápsula inalante) Formoterol 12 mcg + Budesonida 400 mcg (por cápsula inalante) Formoterol 12 mcg + Budesonida 400 mcg pó inalante (por frasco de 60 doses)	Asma: J45.0, J45.1, J45.8

Formoterol 6 mcg + Budesonida 200 mcg pó inalante (por frasco de 60 doses) Formoterol 6 mcg + Budesonida 200 mcg (por cápsula inalante) Formoterol 6 mcg + Budesonida 200 mcg aerossol (frasco 120 doses)	
Ambrisentana 10 mg (por comprimido) Ambrisentana 5 mg (por comprimido) Bosentana 125 mg (por comprimido) Bosentana 62,5 mg (por comprimido) Iloprost 10 mcg/ml solução para nebulização (ampola de 2 ml) Sildenafil 20,25, e 50 mg (por comprimido)	Hipertensão Arterial Pulmonar: I27.0, I27.2, I27.8

3.9.4 - FARMÁCIA ESPECIAL DO MUNICÍPIO

Produto	Critério
Montelucaste 10mg, comprimido	Avaliação da auditoria
Montelucaste sódico 4mg, Granulado.	Avaliação da auditoria
Montelucaste sódico 5mg, comprimido.	Avaliação da auditoria
Desloratadina 0,5mg solução oral	• Refratariedade aos medicamentos da rede • Uso restrito à dermatologia e Alergologia.
Tiotrópio 2,5mcg/dose solução para inalação, frasco contendo 60 doses + inalador	• Refratariedade aos medicamentos da rede • Refratariedade ao tratamento do componente especializado (CEAF) • Restrito à pneumologista

3.10 ANTIMICROBIANOS/ANTIFUNGICOS/ANTIVIRAL

3.10.1 - UNIDADE BÁSICA/ FARMÁCIA POPULAR - PRIMEIRA OPÇÃO

Unidade Básica	Farmácia Popular
Fosfomicina trometanol(específico para infecção urinária em gestante)	
Amoxicilina 250 mg/ 5 ml pó para suspensão oral	
Amoxicilina 500 mg capsula	
Azitromicina 500mg, comprimido	
Azitromicina 600 mg, pó p/ suspensão oral+diluyente.	
Benzilpenicilina benzatina 1.200.000 u.i.	
Benzilpenicilina benzatina 600.000 u.i.	
Cefalexina 250 mg/5ml. Suspensão oral.	
Cefalexina 500 mg comprimido.	
Metronidazol 250 mg comprimido	
Metronidazol 4% suspensão oral frascos	
Metronidazol creme vaginal bisnaga com 50 gramas + aplicador	
Nitrofurantoina 100 mg capsulas	
Sulfametoxazol 200 mg + trimetropina 40 mg/5ml suspensão oral, frascos	
Sulfametoxazol 400 mg + trimetropina 80 mg, comprimido	

Miconazol creme tópico	
Fluconazol 150 mg cápsula	
Nistatina 100.000 ui suspensão oral	
Miconazol, nitrato de 100mg/ 4g de creme vaginal	
Gentamicina 5mg/ml, sulfato de colírio	
Sulfadiazina 500mg comprimido (toxoplasmose)	
Espiramicina 500mg cápsula (toxoplasmose)	
Pirimetamina 25 mg (toxoplasmose)	
Aciclovir 200mg comprimido	

3.10.2 - FARMÁCIA CENTRAL – SEGUNDA OPÇÃO

Produto
Amoxicilina 500mg+ ácido clavulânico 125mg, cápsula.
Amoxicilina 250mg + ácido clavulânico 62,5mg susp. oral
Ciprofloxacino 500 mg comprimido.
Ciprofloxacino 3,5mg/ml, colírio, frasco contendo 5ml.
Ciprofloxacino 3,5mg/g, pomada oftálmica
Dexametasona+sulf. de neomicina+ sulfato de polimixina b colirio
Doxiciclina 100mg cpr

3.10.3 - FARMÁCIA ESPECIAL DO MUNICÍPIO

Produto	Critério
Levofloxacino 500mg/cp	Refratariedade aos antimicrobianos da rede / Antibiograma
Ceftriaxona im/iv 1g	Refratariedade aos antimicrobianos da rede / Antibiograma
Ceftriaxona 500mg	Restrito a DST
Claritromicina 500mg/cp	Trat. <i>H.pylori</i> e avaliação da auditoria médica
Clindamicina 500mg/cp	Avaliação da auditoria médica
Itraconazol 100mg	Avaliação da auditoria médica

3.11 Diversos – Farmácia Especial

Produto	Critério
Composto vitaminico mineral (Natele)	Restrito a cirurgia bariátrica
Hidroxido de ferro III, 20mg/ml sol inj (Sacarato de ferro)	Restrito nutrologia e hematologia
Progesterona 200mcg	Restrito a ginecologia/alto risco e avaliação da auditoria

4. PROGRAMA DE COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), aprovado por meio da Portaria GM/MS nº 2.981 de 26 de novembro de 2009 é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Sua principal característica é a busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicados pelo Ministério da Saúde.

O fornecimento de medicamentos padronizado no CEAF deve obedecer aos critérios de diagnóstico, indicação de tratamento, inclusão e exclusão de pacientes, esquemas terapêuticos, monitoramento, acompanhamento e demais parâmetros contidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) estabelecidas pelo Ministério da Saúde, de abrangência nacional.

Todo processo de solicitação é avaliado por médicos auditores da Secretaria Estadual de Saúde (SESA), caso se enquadre nos critérios clínicos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, o paciente é cadastrado no Programa de Medicamentos do CEAF.

O CEMEPAR é o responsável pela programação, solicitação de compra aos órgãos competentes, recebimento, armazenamento e distribuição dos medicamentos excepcionais às Regionais de Saúde e Unidades municipais do CEAF, no âmbito da SESA/PR.

No município de Araucária a dispensação do componente especializado ocorre na Farmácia Central. A vigência de cada deferimento é de 6 meses.

No ato de cada dispensação, o paciente assina um recibo, o que comprova o fornecimento do medicamento.

A cada seis (6) meses, o processo de solicitação do medicamento do componente especializado deve ser **renovado**, mediante apresentação de novo laudo médico.

4.1 ABERTURA DE PROCESSOS NOVOS

4.1.1 - DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

- RG OU CERT. DE NASCIMENTO (menor) (cópia)
- CPF (cópia)
- CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (cópia)
- COMPROVANTE DE ENDEREÇO (cópia)
- LME (2 vias – original e cópia) *(**ANEXO I**)
- PRESCRIÇÃO MÉDICA (2 vias) *
- RELATÓRIO MÉDICO DETALHADO (original)*
- RELATÓRIOS ESPECÍFICOS (conforme CID) *
- TERMO DE CONSENTIMENTO (assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável) *
- EXAMES ESPECÍFICOS (conforme CID)

*DOCUMENTOS PREENCHIDOS PELO MÉDICO

Os modelos dos Relatórios Específicos, Termo de Consentimento e a relação dos exames específicos estão disponíveis no <https://api.saude.pr.gov.br/governo-digital/farmacia/consulta>

4.1.2 - OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

- Não pode ser carteira de habilitação no lugar do RG (não informa local de nascimento)
- LME preenchida nos campos obrigatórios
- Para medicamentos controlados, é necessário a apresentação da prescrição médica a cada mês para a dispensação dos mesmos.

- Os exames e relatórios específicos exigidos dependem do CID.
- Os exames solicitados devem ser o mais recente possível.
- A avaliação das solicitações é feita na SESA-PR, não tendo o município qualquer responsabilidade no processo.
- Após o deferimento do processo no sistema e definida a sua vigência (6 meses), o paciente deverá retirar os medicamentos a cada mês estabelecido na vigência (o sistema não aceita dispensação de medicamentos referentes ao mês anterior, mês vencido = medicamento perdido)
- No quinto mês de retirada do medicamento, é entregue para o paciente pela farmácia CEAF, o LME de renovação já autopreenchido com o nome do paciente, da mãe, CID e diagnóstico.

4.2 RENOVAÇÃO DE PROCESSOS

4.2.1 DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

- LME (2 vias) *
 - PRESCRIÇÃO MÉDICA *
 - Exames (de acordo com o CID)
- * DOCS PREENCHIDOS PELO MÉDICO.

4.2.2 - OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

- LME preenchida nos campos obrigatórios
- A renovação dos processos já deferidos anteriormente pode ser feita por outro clínico, desde que não sejam feitas alterações no tratamento.
- O LME para renovação já deve estar em poder do paciente para que o médico possa preenchê-la (em caso de perda, pode-se pedir nova via na farmácia central ou preencher nova LME).

A renovação só pode ser feita a partir do último mês da vigência, e deve ocorrer preferencialmente no momento da dispensação do último mês vigente. (caso seja feita posteriormente, o paciente corre o risco de ficar sem a medicação para o mês seguinte).

5. PROGRAMA DE ANÁLOGOS DE INSULINA

5.1 ELENCO DE INSULINAS

Insulina glargina: insulina de ação longa, com duração máxima de ação de 24 horas e sem pico de ação.

Insulina detemir: insulina de ação longa, com duração máxima de ação de 24 horas e pico de ação 6 a 8 horas após a administração, menos pronunciado do que o da NPH.

Insulina aspart: insulina de ação ultra-rápida, com início de ação 5 a 10 minutos após a administração, pico de ação em 1 a 3 horas e duração máxima da ação de 4 a 6 horas.

Insulina lispro: insulina de ação ultra-rápida, com início de ação em menos de 15 minutos após a administração, pico de ação em 30 a 90 minutos e duração máxima da ação de 4 a 6 horas.

Este programa é estabelecido pela Secretaria Estadual de Saúde e segue o fluxo abaixo relacionado:

1. O paciente que necessitar de Análogos de Insulina deverá ser encaminhado à farmácia da 2ª Regional de Saúde (RS) com a documentação Abaixo:
 - Cópia do documento de identidade ou certidão de nascimento;
 - Cópia do CPF; Cópia do Cartão Nacional de Saúde/SUS;
 - Cópia do comprovante de Endereço;
 - LME (laudo para solicitação de medicamentos especializado): preencher todos os campos em duas vias (modelo no Anexo);
 - Relatório Médico Específico para Diabetes Mellitus Tipo 1: preenchido por endocrinologista em duas vias (**Anexo II**);
 - Prescrição Médica por endocrinologista
 - Cópia do exame de glicemia em jejum (deve ser realizado a cada 3 - 6 meses)
 - Cópia do exame de hemoglobina glicada (deve ser realizado a cada 3 - 6 meses).

6. PROGRAMA DE ATENDIMENTO A MEDICAMENTOS/ FARMÁCIA ESPECIAL DO MUNICÍPIO

Este programa visa atender os usuários do Sistema único de saúde (SUS) que necessitam de medicamentos do elenco de medicamentos da farmácia especial e que não constam na Relação de Medicamentos Básicos padronizados pelo Município e/ou nos Programas Estadual e Federal.

6.1 ABERTURA DO PROCESSO

O paciente deverá ser orientado a abrir o processo de solicitação de medicamento na Farmácia Central onde deverá apresentar os documentos abaixo relacionados:

- Cópia da receita médica (somente prescrição oriunda do SUS);
- Cópia do cartão saúde ou declaração da UBS;
- Cópia do comprovante de endereço atualizado no nome do solicitante (caso de menor de idade em nome dos pais) ou declaração da Unidade de Saúde de que o paciente é morador da área de abrangência;
- Cópia do RG ou Certidão de Nascimento no caso de menor;
- Questionário técnico devidamente preenchido pelo médico que prescreveu o medicamento. **(ANEXO III)**

OBS: A abertura de processo para solicitação de medicamentos deverá ser realizada:

- **Pelo próprio paciente;**
- **Por familiar em casos de menor de idade, pacientes especiais ou pacientes com dificuldade de locomoção.**

6.2 ANÁLISE DA SOLICITAÇÃO

O processo será encaminhado para a auditoria da SMSA para análise e parecer. O prazo médio para resposta da solicitação é de 15 dias. A análise dos processos será realizada de acordo com os critérios elencados acima ou dependendo do caso, a critério da auditoria.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas**, v1/Secretaria de Atenção à Saúde; editores Paulo Dornelles Picon, Maria Inez Pordeus Gadelha, Alberto Beltrame. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria no 2.981, de 26 de novembro de 2009. Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 de novembro de 2009.

PARANÁ. Secretaria de Saúde. **Protocolo clínico para dispensação de análogos de insulinas para atendimento do paciente com diabetes mellitus tipo 1 na rede pública de saúde**. Curitiba, 2009.

_____. SECRETARIA DE SAÚDE. **Diretrizes clínicas, laboratoriais e terapêuticas da toxoplasmose gestacional / congênita do programa de gestação de alto risco**. Curitiba, 2007.

8. ANEXOS

ANEXO I - LAUDO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO (LME)

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde Secretaria de Estado da Saúde																																																																																											
COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA																																																																																											
LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO (S)																																																																																											
SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)																																																																																											
CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE																																																																																											
1- Número do CNES*	2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante																																																																																										
3- Nome completo do Paciente*	5- Peso do paciente* kg																																																																																										
4- Nome da Mãe do Paciente*	6- Altura do paciente* cm																																																																																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 5%;">1</th> <th rowspan="2" style="width: 5%;">2</th> <th rowspan="2" style="width: 5%;">3</th> <th rowspan="2" style="width: 5%;">4</th> <th rowspan="2" style="width: 5%;">5</th> <th rowspan="2" style="width: 5%;">6</th> <th colspan="6" style="text-align: center;">8- Quantidade solicitada *</th> </tr> <tr> <th>1ª m/Es</th> <th>2ª m/Es</th> <th>3ª m/Es</th> <th>4ª m/Es</th> <th>5ª m/Es</th> <th>6ª m/Es</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	1	2	3	4	5	6	8- Quantidade solicitada *						1ª m/Es	2ª m/Es	3ª m/Es	4ª m/Es	5ª m/Es	6ª m/Es	1												2												3												4												5												6												7- Medicamento (s)*
1							2	3	4	5	6	8- Quantidade solicitada *																																																																															
	1ª m/Es	2ª m/Es	3ª m/Es	4ª m/Es	5ª m/Es	6ª m/Es																																																																																					
1																																																																																											
2																																																																																											
3																																																																																											
4																																																																																											
5																																																																																											
6																																																																																											
9- CID-10*	10- Diagnóstico																																																																																										
11- Anamnese*																																																																																											
12- Paciente realizou tratamento prévio ou esteve em tratamento da doença? * ☐ Não ☐ SIM. Relatar:																																																																																											
13- Atestado de capacidade * A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz? ☐ Não ☐ SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento Nome do responsável																																																																																											
14- Nome do médico solicitante*	17- Assinatura e carimbo do médico*																																																																																										
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante	16- Data da solicitação *																																																																																										
18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: ☐ Paciente ☐ Mãe do paciente ☐ Responsável (descrito no item 13) ☐ Médico solicitante ☐ Outro, informar nome: e CPF																																																																																											
19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Preta ☐ Indígena. Informar Etnia: ☐ Parda ☐ Sem informação	20- Telefone(s) para contato do paciente																																																																																										
21- Número do documento do paciente ☐ CPF ou ☐ CNS	23- Assinatura do responsável pelo preenchimento																																																																																										
22- Correio eletrônico do paciente																																																																																											

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

ANEXO II - MODELO FICHA DO RELATÓRIO MÉDICO – DIABETES Mellitus Tipo 1.



ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ - SESA
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE - SGS
CENTRO DE MEDICAMENTOS DO PARANÁ - CEMEPAR



RELATÓRIO MÉDICO ESPECÍFICO PARA DIABETES MELLITUS TIPO 1

ANÁLOGOS DE INSULINA () Glargina () Detemir () Aspart () Lispro

1. DADOS DO PACIENTE

Nome: _____	Sexo: Masc. () Fem. ()
Data de Nascimento: ____/____/____	CARTÃO SUS: _____

2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

Diabetes tipo: _____	CID: _____
Data do Diagnóstico: ____/____/____	
Histórico de Hipoglicemia? () Sim () Não	Nº de Episódios/mês: _____
Hipoglicemia Noturna Frequente? () Sim () Não	
Hipoglicemia Severa? () Sim () Não	
Hipoglicemia Leve/Moderada Frequente? () Sim () Não	
Falta da Percepção da Hipoglicemia? () Sim () Não	
Hiperglicemia Pós-Prandial? () Sim () Não	
Atividade Física Regular? () Sim () Não	Peso: _____ Kg Altura: _____ m
Hipertenso? () Sim () Não	
O Paciente faz auto monitorização atualmente? () Sim () Não	

3. AVALIAÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA: histórico de uso anterior de insulinas

Nome Genérico	Dose	Início	Fim	Motivo da Suspensão
Insulina NPH				
Insulina Regular				

4. JUSTIFICATIVA PARA SOLICITAÇÃO: com base no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT): **descrever evolução e eventuais efeitos adversos**, usar o verso se necessário.

5. PARA 1ª SOLICITAÇÃO, TRANSCREVER OS RESULTADOS DOS EXAMES:

Exame	Data	Resultado	Data	Resultado
Glicemia de Jejum	____/____/____	mg/dL	____/____/____	mg/dL
Glicemia Pós-Prandial	____/____/____	mg/dL	____/____/____	mg/dL
Hemoglobina Glicada	____/____/____		____/____/____	

Médico Solicitante: _____ CRM: _____

Assinatura e Carimbo: _____ Data: ____/____/____

Nome do Estabelecimento de Saúde: _____

Endereço do Estabelecimento: _____

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SESA
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE - SGS
CENTRO DE MEDICAMENTOS DO PARANÁ - CEMEPAR
Rua Prof. Lothário Meissner, 350 - Jd. Botânico
Curitiba Paraná CEP 80210-170
Fone (41) 3380-8700 Fax (41) 3380-8703



ANEXO III - QUESTIONÁRIO TÉCNICO PARA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTO NÃO PADRONIZADO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARAUCÁRIA

 PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARAUCÁRIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		 SMSA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
QUESTIONÁRIO TÉCNICO PARA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS DO PROTOCOLO COMPLEMENTAR DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA			
Nome: _____		Data: ____ / ____ / ____	
Patologia alvo: _____		CID: _____	
MEDICAMENTOS PRESCRITOS:			
Nome comercial		Composição química	
Quais os tratamentos já realizados para a patologia em questão?			
medicamento	posologia	duração	resultado
Existe medicamentos padronizados na rede para tratamento desta patologia? sim () não ()			
Em caso afirmativo, justificar a não utilização dos mesmos:			
Em caso negativo justifique a sua prescrição:			
Carimbo e assinatura: [] continua no verso			