

sendo verificada alguma não-conformidade processual, serão apuradas as devidas responsabilidades.

DA RESPONSABILIDADE DO DEAF/SESPA

Art. 56 - Gerir o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
Art. 57 - Programar, armazenar e distribuir os medicamentos do grupo 1A.
Art. 58 - Programar, adquirir, armazenar e distribuir os medicamentos do Grupo 1B e 2.

Art. 59 - Analisar a solicitação de ressurgimento feita pela UDME a partir dos critérios definidos pela área técnica competente.

Art. 60 - Comunicar oportunamente sobre a publicação ou atualização de PCDT's, inclusão de novas tecnologias, assim como mudanças nos fluxos e cronograma de atendimento, problemas pertinentes ao abastecimento de medicamentos, além de sugerir possíveis adequações visando mitigar riscos.

Art. 61 - Prover capacitação da equipe farmacêutica da UDME.

Art. 62 - Supervisionar periodicamente, por meio de visita técnica, as atividades relativas à execução do CEAf.

Art. 63 - Informar a Programação Física e Orçamentária das Unidades-FPO.

Art. 64 - Avaliar e autorizar a implantação de nova UDME.

Art. 65 - Cumprir e fazer cumprir esta Instrução Normativa ou instrumento que a substitua.

DA RESPONSABILIDADE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Art. 66 - Elaborar normas de execução e financiamento, bem como a incorporação e exclusão de tecnologias em saúde.

Art. 67 - Elaborar e atualizar os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT.

Art. 68 - Adquirir e distribuir aos estados os medicamentos do Grupo 1A.

Art. 69 - Disponibilizar sistema informatizado, bem como oferecer todo e qualquer suporte técnico e relacionados ao referido sistema.

Art. 70 - Monitorar a execução do CEAf, mediante auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS - DENASUS.

Art. 71 - Capacitar e orientar gestores estaduais sempre que necessário.

Art. 72 - Atualizar periodicamente a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME.

DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art. 73 - Fica proibido o recebimento, a guarda e a dispensação de amostras grátis de medicamentos nas UDMEs, em observância as disposições da Resolução RDC nº 60/2009, bem como da Portaria SVS/MS nº 344/1998, ou outras que venham substituí-las.

Art. 74 - É proibida a entrada de representante da Indústria Farmacêutica no local de dispensação e/ou guarda de medicamentos.

Art. 75 - Este Componente pode ter a dispensação ampliada, a partir da implantação de nova UDME. A Secretaria Municipal de Saúde ou Instituição deve manifestar interesse ao DEAF, e caso seja possível, o acordo de cooperação deve ser pactuado na CIB, ratificando as responsabilidades das partes, conforme termo de adesão (Modelo de termo de adesão CIB-Anexo 5).

Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação, e revoga suas versões anteriores.

DÊ-SE CIÊNCIA, PUBLIQUE-SE E CUMpra-SE.

GABINETE SESP, A

Ualame Fialho Machado

Secretário de Estado de Saúde Pública

ANEXOS:

ANEXO 1 - TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

ANEXO 2 - BUSCA ATIVA

ANEXO 3 - RECEBIMENTO INCOMPLETO DE APAC

ANEXO 4 - MODELO DE TERMO DE BAIXA

ANEXO 5 - MODELO DE TERMO DE ADESÃO CIB

ANEXO 6 - FLUXOGRAMA: DA PRESCRIÇÃO DO MEDICAMENTO AO CADASTRO DO PACIENTE.

ANEXO 7 - FLUXOGRAMA: DA AVALIAÇÃO DA APAC À DISPENSAÇÃO DO MEDICAMENTO.

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PARÁ
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE EM UDME -
ANEXO 1

1-DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO:

NOME	
NOME DA MÃE	
IDADE	
ENDEREÇO (com CEP)	
PCDT	
CID-10	
TRANSPLANTADO	() Não () Sim. Órgão: _____

2-DADOS DO MEDICAMENTO

MEDICAMENTO(S) DO PCDT EM USO	OUTROS MEDICAMENTOS EM USO	PROGRAMAÇÃO 1A	JÁ INFORMADO NA PROGRAMAÇÃO
		() Sim () Não	() Sim () Não
		() Sim () Não	() Sim () Não
		() Sim () Não	() Sim () Não
		() Sim () Não	() Sim () Não

3-DADOS DO TRATAMENTO

INÍCIO	UNIDADE ONDE INICIOU O TRATAMENTO

4-MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA E/OU AUSÊNCIA

--

5-RESPONSÁVEIS PELA TRATATIVA DA MUDANÇA

UDME	NOME DO FARMACÊUTICO	ASSINATURA	DATA
Origem			
Destino			

6-NOME E CRM DO PRESCRITOR: _____**7-CIÊNCIA DO USUÁRIO/RESPONSÁVEL:** _____

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PARÁ
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FORMULÁRIO DE BUSCA ATIVA DE PACIENTE COM APAC VIGENTE -
ANEXO 2

Nº	NOME DO PACIENTE	Nº CARTÃO SUS	MEDICAMENTO	MOTIVO DA AUSÊNCIA	DATAS E HORÁRIOS DO(S) CONTATO(S) E/OU TENTATIVAS	EXECUTOR DO CONTATO
1				() Descontinuidade () Óbito () Outro: _____		
2				() Descontinuidade () Óbito () Outro: _____		
3				() Descontinuidade () Óbito () Outro: _____		
4				() Descontinuidade () Óbito () Outro: _____		
5				() Descontinuidade () Óbito () Outro: _____		
6				() Descontinuidade () Óbito () Outro: _____		
7				() Descontinuidade () Óbito () Outro: _____		

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PARÁ
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
DECLARAÇÃO AUTORIZADORA DE REPRESENTANTE - ANEXO 3
1-DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO

NOME	
CNS	
CPF	
TELEFONE	
ENDEREÇO	

2-DADOS DO REPRESENTANTE

NOME	
CPF	
TELEFONE	