

DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS CEAF

OBJETIVOS

Padronizar a dispensação dos medicamentos e insumos pertencentes ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) na Farmácia Básica Municipal.

DEFINIÇÃO

A dispensação realizada de forma padronizada por todos os farmacêuticos e atendentes evita o erro de administração e propicia uma melhor eficácia terapêutica.

PROCEDIMENTO

1. Solicitar ao paciente seu protocolo de atendimento. (Este documento é gerado no momento do cadastro do paciente no sistema, e contém todas as informações imprescindíveis para a adequada dispensação do(s) medicamento(s)).
2. Localizar o paciente no Sismedex, ATENDIMENTO > DISPENSAÇÃO

SISMEDEX Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

Atendimento > Dispensação

Usuário: ESTELA APARECIDA PLATH UAF: FE 16 PM Mauá da Serra

Pesquisar Dispensação

CNS:

CPF:

Nome:

Preencha apenas um dos campos.

Pesquisar Limpar Voltar

Versão: v6.1.23

3. Clicar em DISPENSAR

SISMEDEX Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

Atendimento > Dispensação

Usuário: ESTELA APARECIDA PLATH UAF: FE 16 PM Mauá da Serra

Pesquisar Dispensação

CNS:

CPF:

Nome:

Preencha apenas um dos campos.

Pesquisar Limpar Voltar

Página 1 de 1: (Total de 1 registros)

Nome	Data Nascimento	Nome da Mãe	CNS	CPF	Vigência	Dispensar	Form. Renovação
[REDACTED]	16/07/1973	JOVINA COSTA DUARTE	[REDACTED]	[REDACTED]	01/10/2023 à 31/03/2024		

Página 1 de 1: (Total de 1 registros)

Versão: v6.1.23

4. Selecionar o AUTORIZADO: se não for o próprio paciente, a pessoa que vai retirar o medicamento deve conter uma autorização assinada pelo paciente e esta deve ser cadastrada (anexo I)
5. Selecionar o MEDICAMENTO e colocar a quantidade que está sendo dispensada > GRAVAR E IMPRIMIR RECIBO

SISMEDEX
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

Fluxo Estoque
Judicial
Administração
Gerencial
Produção APAC
Programação e Saís

Atendimento
Consulta
Fluxo Estoque
Judicial
Administração
Gerencial
Produção APAC
Programação e Saís

Usuário: ESTELA APARECIDA PLATH UAF: FE 16 PM Mauá da Serra

Dispensação

Identificação
 Nome:
 CN:

Autorizado a retirar medicamentos
 Autorizado:

Últimas Dispensações

Competência	LME	Medicamento	Qtde.	Medicamento	Lote/Validade	Qtde.	Data
06/2023	10	FORMOTEROL 12 MCG+ BUDESONIDA 400 MCG CAP INALANTE CAP 60 DOSES	1	FORMOTEROL 12 MCG+ BUDESONIDA 400 MCG CAP INALANTE CAP 60 DOSES	2211200 28/02/2024	1	06/06/2023
07/2023	11	FORMOTEROL 12 MCG+ BUDESONIDA 400 MCG CAP INALANTE CAP 60 DOSES	1	medicamento não entregue	-	-	-
08/2023	11	FORMOTEROL 12 MCG+ BUDESONIDA 400 MCG CAP INALANTE CAP 60 DOSES	1	FORMOTEROL 12 MCG+ BUDESONIDA 400 MCG CAP INALANTE CAP 60 DOSES	2211203 28/02/2024	1	09/08/2023
09/2023	11	FORMOTEROL 12 MCG+ BUDESONIDA 400 MCG CAP INALANTE CAP 60 DOSES	1	medicamento não entregue	-	-	-

Observações da Receita

LME	Observação
11	

Dispensação

LME	Medicamento	Qtde.	Medicamento	Estoque	Qtde.	Compor	Antecipar	Alterar	Observar	Receita	Escolher Lote
11	FORMOTEROL 12 MCG+ BUDESONIDA 400 MCG CAP INALANTE CAP 60 DOSES	1	Selecione uma opção			<input type="button" value="+"/>	<input type="button" value="⌚"/>	<input type="button" value="✏"/>	<input type="button" value="🔍"/>	<input type="button" value="📄"/>	<input type="button" value="🗑"/>

- Com o recibo, pegar o medicamento no estoque, conferindo o nome do medicamento, dose, lote e data de validade.
- Entregar ao paciente ou autorizado, conferir novamente os medicamentos, e solicitar a assinatura no recibo.
- Proceder a guarda do recibo do dispensação.

ORIENTAÇÕES GERAIS

- ✓ Caso o medicamento a ser dispensado for controlado, pertencente à Portaria 344/98, solicitar prescrição médica. Verificar nome do paciente, nome do medicamento, posologia, assinatura e carimbo do médico, e data da receita e sua validade. Não dispensar medicamento sem prescrição médica devidamente preenchida.
- ✓ Conforme a Portaria 9.787/99, todas as prescrições médicas a serem dispensadas no SUS devem ser prescritas com nome do princípio ativo. Não dispensar medicamentos com receituário médico prescrito com nome comercial.
- ✓ Se houver qualquer divergência, clicar na guia OBSERVAÇÃO, digitar e clicar em CONFIRMAR OBSERVAÇÃO.

ANEXO I

CADASTRO DO AUTORIZADO

✓ Se o autorizado for parente direto, solicitar documento de identidade e proceder o cadastro.

1. Clicar MANTER AUTORIZADO > INCLUIR

SISMEDEX

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

SUS

Atendimento Consultas Fluxo Estoque Judicial Administração Gerencial Produção APAC Programação e Saída

Usuário: ESTELA APARECIDA PLATH UAF: FE 16 PM Mauá da Serra

Dispensação

Identificação

Nome: **SENA PRSDOR GABAPENTINA 300MG COMP** CNS: 70379440-0000-0000 CPF: 70379440-0000

Autorizado a retirar medicamentos

Autorizado: ☐ Próprio Usuário ☒ Manter Autorizado

Últimas Dispensações

Competência	LME	Medicamento	Prescrição	Qtde.	Medicamento	Dispensação	Lote/Validade	Qtde.	Data
06/2023	1	PRSDOR Gabapentina 300mg COMP		90	PRSDOR Gabapentina 300mg COMP		22L622 24/11/2024	90	05/06/2023
07/2023	1	PRSDOR Gabapentina 300mg COMP		90	PRSDOR Gabapentina 300mg COMP		23B496 17/01/2025	90	13/07/2023
08/2023	1	PRSDOR Gabapentina 300mg COMP		90	PRSDOR Gabapentina 300mg COMP		23C948 28/02/2025	90	11/08/2023
09/2023	1	PRSDOR Gabapentina 300mg COMP		90	medicamento não entregue		-	-	-

Dispensação

LME	Medicamento	Qtde.	Medicamento	Dispensação	Estoque	Qtde.	Compor	Antecipar	Alterar	Observar	Receita	Escolher Lote
1	PRSDOR Gabapentina 300mg COMP	90	Selecione uma opção				<input type="button" value="+"/>	<input type="button" value="⌚"/>	<input type="button" value="✏"/>	<input type="button" value="📄"/>	<input type="button" value="📄"/>	<input type="button" value="📄"/>

(*) Campo de preenchimento obrigatório.

2. Preencher todos os campos obrigatórios (*), clicar em INCLUIR e VOLTAR.

SISMEDEX

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

SUS

Atendimento Consultas Fluxo Estoque Judicial Administração Gerencial Produção APAC Programação e Saída

Usuário: ESTELA APARECIDA PLATH UAF: FE 16 PM Mauá da Serra

* Nome:

* Nº Identidade: * UF:

CPF:

Telefone Residencial:

Telefone Celular:

* Há formulários de autorização neste caso? ☐ Sim ☒ Não

Obs:

* Ativo ☐ Sim ☒ Não

* Data Nascimento:

* Órgão Emissor:

* Parentesco:

Telefone Comercial:

Aceita receber SMS no Celular: ☐

(*) Campo de preenchimento obrigatório.

Versão: v6_1_23

topo P1

Proceder com a dispensação.

✓ Se não for parente direto, solicitar a autorização de retirada, conforme modelo a baixo. Se não houver autorização, recusar a dispensação, entregar uma autorização para a pessoa, e orientar quanto ao preenchimento pelo paciente ou responsável.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 GESTÃO 2021-2024

AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS

Pelo presente instrumento eu, _____,
 nº CPF _____ autorizo _____,
 nº CPF _____, grau de parentesco _____, a retirar em
 meu nome o(s) medicamento(s) fornecido(s) pelo Componente Especializado da Assitência
 Farmacêutica do estado do Paraná.

Mauá da Serra, ____ de _____ de 2025

Assinatura do paciente ou responsável

	Nome	Assinatura	Data
Elaborado por:	Estela Aparecida Plath		10/11/2014
Aprovado por:	Estela Aparecida Plath		10/11/2014
Revisado por:	Estela Aparecida Plath		06/11/2025