

LOGÍSTICA DE DISTRIBUIÇÃO DOS MEDICAMENTOS

Curitiba, julho de 2014

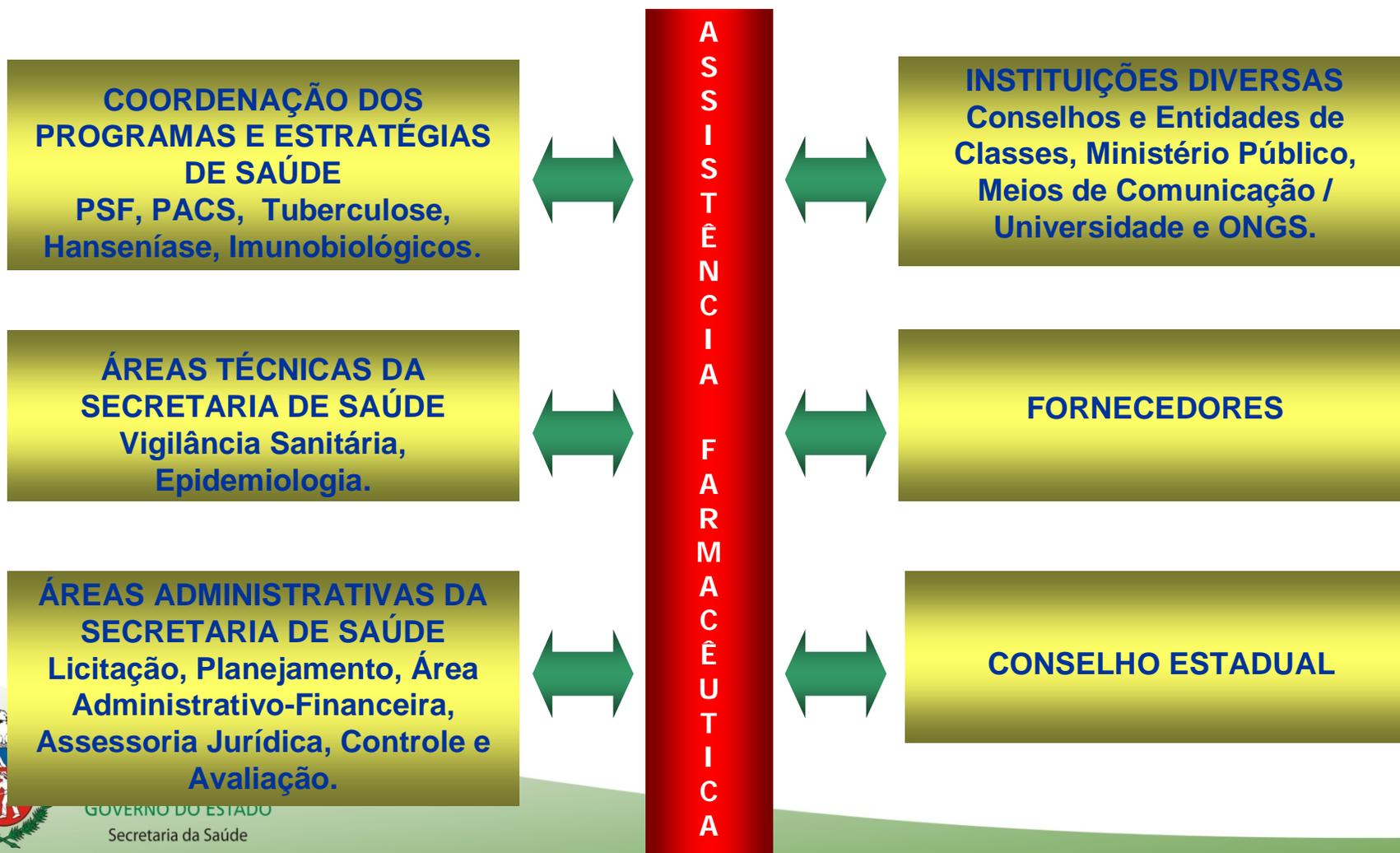


ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

- Conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional.
- Tem caráter sistêmico e multidisciplinar.
- Representa atividade de grande impacto financeiro no âmbito do SUS, em razão da crescente demanda por medicamentos.
- As ações da AF devem estar fundamentadas nos preceitos da Constituição Federal, na Lei Orgânica da Saúde e na legislação específica da área.



Interfaces da Assistência Farmacêutica



ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componentes



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA AF

- As linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde (MS). Atualmente estão publicados 80 PCDTs.
- Objetivo: estabelecer os critérios de diagnóstico de cada doença, de inclusão e exclusão ao tratamento, os medicamentos e esquemas terapêuticos, bem como mecanismos de monitoramento e avaliação.
- Os medicamentos do CEAF estão divididos em três grupos com características, responsabilidades e formas de organização distintas.



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA AF

- ✓ Grupo 1: financiado pelo MS (1 A e 1 B);
- ✓ Grupo 2: financiado pelas Secretarias Estaduais;
- ✓ Grupo 3: financiado pelas Secretarias Municipais.



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA AF

Grupo 1 - financiamento sob a responsabilidade exclusiva da União.

Engloba os medicamentos indicados para doenças mais complexas, para os casos de refratariedade ou intolerância à 1ª e/ou à 2ª linha de tratamento, medicamentos que representam elevado impacto financeiro.

A responsabilidade pelo armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos é das Secretarias Estaduais de Saúde, devendo ser dispensados somente para as doenças (CID-10) contempladas em PCDT.

- Grupo 1A: aquisição centralizada pelo MS;
- Grupo 1B: adquiridos pelos estados com transferência de recursos financeiros pelo MS.



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA AF NO PR

O processo de solicitação dos medicamentos (Grupos 1 e 2) é iniciado pelo usuário ou seu responsável, por meio da apresentação da documentação exigida em cada PCDT, na **farmácia da RS**.

O processo é avaliado por auditores da SESA (em nível central ou regional), com base nos **critérios definidos nos PCDT** elaborados pelo MS.

Em caso de deferimento, o processo é remetido à farmácia da RS para **autorização do início do tratamento** e agendamento da primeira dispensação pelo farmacêutico.

Nº de pacientes cadastrados no SISMEDEX: 115.000





Fluxograma INIBIDORES DE PROTEASE 2014

Paciente com HCV

- Genótipo 1 HCV;
- Biópsia hepática e/ou avaliação clínica de cirrose hepática;
- Escore Child-Pugh < ou = 6;
- Exames laboratoriais.

Documentação:

- LME c/ CID 1º e 2º
- Termo de Esclarecimento
- Cópia do RG e CPF
- Cópia Comp. Residência
- Cópia CNS
- Receita médica
- Relatório Específico

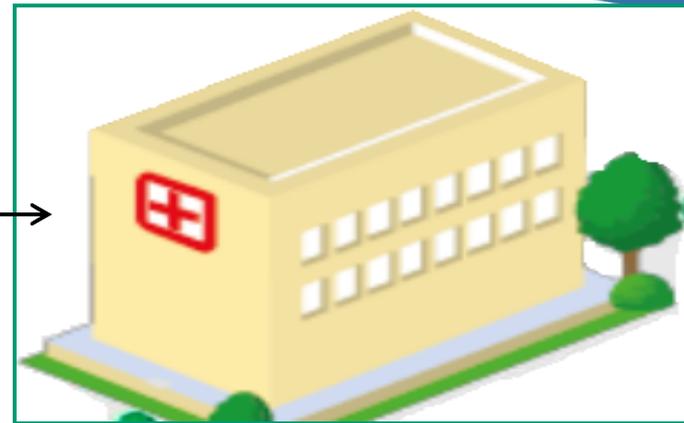
O formulário é um documento oficial da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, destinado à solicitação de medicamentos. O cabeçalho contém o logo do SUS e o nome da instituição. O título principal é 'COMISSÃO E SERVIÇO DE APOIO À FARMACIA ESPECIAL'. Abaixo, há campos para o nome do paciente, endereço, e informações sobre o medicamento solicitado, incluindo o nome comercial, genérico, e a quantidade. Há também uma seção para o médico solicitante, com campos para nome, endereço, e assinatura. O formulário é dividido em várias seções com títulos como 'Dados do paciente', 'Dados do medicamento', e 'Dados do médico', cada uma com campos específicos para preenchimento.



Farmácia Especial – FE

- Porta de entrada da solicitação dos IPs e entrega de exames e documentos dos pacientes, descritos no protocolo.
- Cadastra o paciente no Sismedex.
- Envia o processo de cada paciente por malote para o CEMEPAR, que encaminha ao Comitê Técnico e Comitê Gestor.
- Acompanha o resultado da avaliação dos comitês no sistema.





Comitê Técnico + Comitê Gestor :

COMITÊ TÉCNICO – Avalia o processo de solicitação dos IPs, considerando o protocolo do MS. Acompanha o nº de tratamentos liberados.

COMITÊ GESTOR – Indica o Serviço de Referência (SE) a acompanhar o processo de tratamento do paciente, considerando a capacidade assistencial da rede de serviços de origem do paciente. Avisa o SE por email.

- Avaliação do Processo no Sismedex;
- Devolução p/ FE.

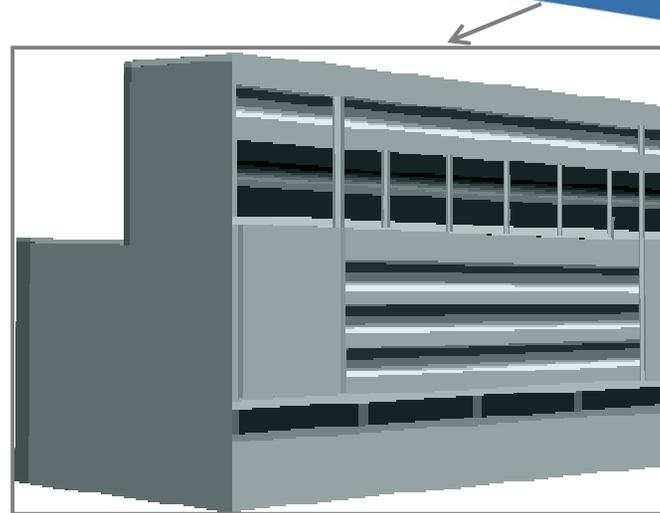
Farmácia Especial – FE

Indeferido: devolve ao paciente.

Deferido:

- FE autoriza e define vigência da APAC
- O Serviço de Referência entra em contato com FE para agendar a retirada da medicação por um técnico da sua equipe.
- FE registra a dispensação do medicamento no SISMEDEX
- Renova, avalia e autoriza os processos de pacientes, inclusive as transferências, quando não houver Serviço de Referência na sua região.





SERVIÇO DE REFERÊNCIA - SE

- Agenda a retirada do medicamento na FE.
- Realiza trabalho em equipe multidisciplinar.
- Agenda a dispensa do medicamento com o paciente.
- Dispensa o medicamento semanalmente ao paciente durante o primeiro mês.
- Monitora o tratamento registrando exames e efeitos adversos no SISMEDEX, conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do MS.
- Arquiva o recibo assinado.
- No caso de interrupção do tratamento devolve o medicamento para FE.
- **Prescrição de alfaepoetina e filgrastima avisando a FE para adequar LME e dispensar no sistema.**





**Renovação (3 meses)
ou Adequação**

Documentos:

- LME
- Receita médica
- Relatório médico
- Exames laboratoriais



G-CSF ou EPO (adequação):

- LME
- Receita médica
- Exames laboratoriais



Farmácia Especial – FE

- Entrega o medicamento para o SE.



 **Ministério da Saúde**

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
Componente Especializado da
Assistência Farmacêutica - CEAF

MINISTÉRIO DA SAÚDE  Sistema Único de Saúde



Usuário
Senha
Versão 1.8.3 
[Esqueci a Senha](#) [Mudar Senha](#)



Melhor visualizado em 1024 X 768 pelo navegador Mozilla 1.3 ou superior.
Versão: pr2_2_50 > Gerada em 07/07/2014 09:00h.

 **CELEPAR**

Download dos Aplicativos:
 

Mais visitados Primeiros passos



Pesquisar Solicitação

Identificação

Nome: Situação: ATIVO

Página 1 de 2

[Próxima](#) | [Última](#)

Exibir	Nº LME	LME Origem	Protocolo	Unidade	Medicamentos	Vigência	Situação	Form. Renovação
	13	12	1426.14.000116-4	FE 02 UMS COA Centro de Orientação e Aconselhamento	RIBAVIRINA 250 MG CAP BOCEPREVIR 200 MG CAP ALFAPEGINTERFERONA 2B 80 mcg F.A.	21/05/2014-31/07/2014	Deferida	
	12	11	1426.14.000008-7	FE 02 UMS COA Centro de Orientação e Aconselhamento	RIBAVIRINA 250 MG CAP ALFAPEGINTERFERONA 2B 80 mcg F.A. BOCEPREVIR 200 MG CAP	13/02/2014-30/04/2014	Deferida	-
	11	9	1426.13.000001-1	FE 02 UMS COA Centro de Orientação e Aconselhamento	ALFAPEGINTERFERONA 2B 80 mcg F.A. BOCEPREVIR 200 MG CAP RIBAVIRINA 250 MG CAP	11/11/2013-31/01/2014	Deferida	-
	10	9	002.13.147618-6	FE 02 Metropolitana	BOCEPREVIR 200 MG CAP RIBAVIRINA 250 MG CAP ALFAPEGINTERFERONA 2B 80 mcg F.A.		Encerrada	-
	9	8	002.13.123110-8	FE 02 Metropolitana	RIBAVIRINA 250 MG CAP ALFAPEGINTERFERONA 2B 80 mcg F.A. BOCEPREVIR 200 MG CAP	23/08/2013-31/10/2013	Transferida para FE 02 UMS COA Centro de Orientação e Aconselhamento	-
	8		002.13.095371-1	FE 02 Metropolitana	ALFAPEGINTERFERONA 2B 80 mcg F.A. RIBAVIRINA 250 MG CAP	01/04/2013-30/06/2013	Deferida	-
	7	6	002.12.034091-6	FE 02 Metropolitana	RIBAVIRINA 250 MG CAP ALFAEPOETINA 10.000 U.I. F.A. ALFAPEGINTERFERONA 2A 180 mcg F.A.	01/08/2012-31/10/2012	Deferida	-
	6	5	002.12.016851-0	FE 02 Metropolitana	RIBAVIRINA 250 MG CAP ALFAEPOETINA 10.000 U.I. F.A.	01/05/2012-31/07/2012	Deferida	-

Documentos Necessários - Todos os Processos

Documentos Gerais necessários	Processos
1 Cópia de Documento de Identidade ou da Certidão de Nascimento	Nova Solicitação
2 Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Nova Solicitação
3 Cópia do comprovante de residência	Nova Solicitação
4 Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Nova Solicitação, Adequação, Renovação
5 Prescrição médica devidamente preenchida	Nova Solicitação, Adequação, Renovação, Dispensação

Exames necessários para o CID: B182

BOCEPREVIR 200 MG CÁPSULA	Processos
1 Cópia do Laudo de biópsia hepática ou elastografia, exceto se justificativa médica, por escrito, de que não é necessária;	Nova Solicitação, Adequação
2 Cópia do exame de Genótipo do HCV	Nova Solicitação, Adequação
3 Cópia do exame de PCR quantitativo do VHC	Nova Solicitação, Adequação
4 Cópia do exame de anticorpo anti-HIV	Nova Solicitação, Adequação
5 Registro na LME do número de notificação no SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação	Nova Solicitação, Adequação
6 Relatório médico específico para Inibidores de Protease preenchido e assinado pelo prescritor (criado pelos médicos do comitê), com os laudos dos exames em anexo.	Nova Solicitação, Adequação
7 Relatório médico evolutivo para Inibidores de Protease preenchido e assinado pelo prescritor, com frequência de 4, 12, 24 e 48 semanas (quando aplicável);	, Renovação
8 Termo de esclarecimento e responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável.	Nova Solicitação, Adequação

TELAPREVIR 375 MG COMPRIMIDO	Processos
1 Cópia do Laudo de biópsia hepática ou elastografia, exceto se justificativa médica, por escrito, de que não é necessária;	Nova Solicitação, Adequação
2 Cópia do exame de Genótipo do HCV	Nova Solicitação, Adequação
3 Cópia do exame de PCR quantitativo do VHC	Nova Solicitação, Adequação
4 Cópia do exame de anticorpo anti-HIV	Nova Solicitação, Adequação
5 Registro na LME do número de notificação no SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação	Nova Solicitação, Adequação
6 Relatório médico específico para Inibidores de Protease preenchido e assinado pelo prescritor (criado pelos médicos do comitê), com os laudos dos exames em anexo.	Nova Solicitação, Adequação
7 Relatório médico evolutivo para Inibidores de Protease preenchido e assinado pelo prescritor, com frequência de 4, 12, 24 e 48 semanas (quando aplicável);	, Renovação
8 Termo de esclarecimento e responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável.	Nova Solicitação, Adequação

Imprimir Voltar



Documentos Necessários - Todos os Processos

Documentos Gerais necessários	Processos
1 Cópia de Documento de Identidade ou da Certidão de Nascimento	Nova Solicitação
2 Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Nova Solicitação
3 Cópia do comprovante de residência	Nova Solicitação
4 Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Nova Solicitação, Adequação, Renovação
5 Prescrição médica devidamente preenchida	Nova Solicitação, Adequação, Renovação, Dispensação

Exames necessários para o CID: B181

ADEFOVIR 10 MG COMPRIMIDO	Processos
1 Cópia do exame de ALT e AST	Nova Solicitação
2 Cópia do exame de HBeAg	Nova Solicitação
3 Cópia do exame de HBsAg	Nova Solicitação
4 Cópia do teste quantitativo para HBV (para pacientes com HbsAg positivo, ALT elevada e HbeAg negativo)	Nova Solicitação
5 Registro na LME do número de notificação no SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação	Nova Solicitação , Adequação
6 Relatório médico apresentando diagnóstico e quadro clínico detalhado	Nova Solicitação , Adequação
7 Termo de esclarecimento e responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável.	Nova Solicitação

ENTECAVIR 0,5 MG CÁPSULA	Processos
1 Cópia do exame de ALT e AST	Nova Solicitação
2 Cópia do exame de HBeAg	Nova Solicitação
3 Cópia do exame de HBsAg	Nova Solicitação
4 Cópia do laudo da biopsia hepática (para HBeAg não reagente, não cirrótico com HBV DNA maior ou igual a 10^3 e menor que 10^4)	Nova Solicitação
5 Cópia do teste quantitativo para HBV (para pacientes com HbsAg positivo, ALT elevada e HbeAg negativo)	Nova Solicitação
6 Registro na LME do número de notificação no SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação	Nova Solicitação , Adequação
7 Relatório médico apresentando diagnóstico e quadro clínico detalhado	Nova Solicitação , Adequação
8 Termo de esclarecimento e responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável.	Nova Solicitação

Documentos Necessários - Todos os Processos

Documentos Gerais necessários	Processos
1 Cópia de Documento de Identidade ou da Certidão de Nascimento	Nova Solicitação
2 Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Nova Solicitação
3 Cópia do comprovante de residência	Nova Solicitação
4 Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacéutica (LME), adequadamente preenchido	Nova Solicitação, Adequação, Renovação
5 Prescrição médica devidamente preenchida	Nova Solicitação, Adequação, Renovação, Dispensação

Exames necessários para o CID: B181

LAMIVUDINA 150 MG COMPRIMIDO	Processos
1 Cópia do exame de ALT e AST	Nova Solicitação
2 Cópia do exame de HBeAg	Nova Solicitação
3 Cópia do exame de HBsAg	Nova Solicitação
4 Cópia do laudo da biópsia hepática	Nova Solicitação
5 Cópia do teste quantitativo para HBV (para pacientes com HbsAg positivo, ALT elevada e HbeAg negativo)	Nova Solicitação
6 Relatório médico apresentando diagnóstico e quadro clínico detalhado	Nova Solicitação , Adequação
7 Termo de esclarecimento e responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável.	Nova Solicitação

TENOFOVIR 300MG COMPRIMIDO	Processos
1 Cópia do exame de ALT e AST	Nova Solicitação
2 Cópia do exame de HBeAg	Nova Solicitação
3 Cópia do exame de HBsAg	Nova Solicitação
4 Cópia do laudo da biopsia hepática (para HBeAg não reagente, não cirrótico com HBV DNA maior ou igual a 10^3 e menor que 10^4)	Nova Solicitação
5 Cópia do teste quantitativo para HBV (para pacientes com HbsAg positivo, ALT elevada e HbeAg negativo)	Nova Solicitação
6 Registro na LME do número de notificação no SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação	Nova Solicitação
7 Relatório médico apresentando diagnóstico e quadro clínico detalhado	Nova Solicitação , Adequação
8 Termo de esclarecimento e responsabilidade preenchido e assinado pelo médico e pelo paciente ou responsável.	Nova Solicitação

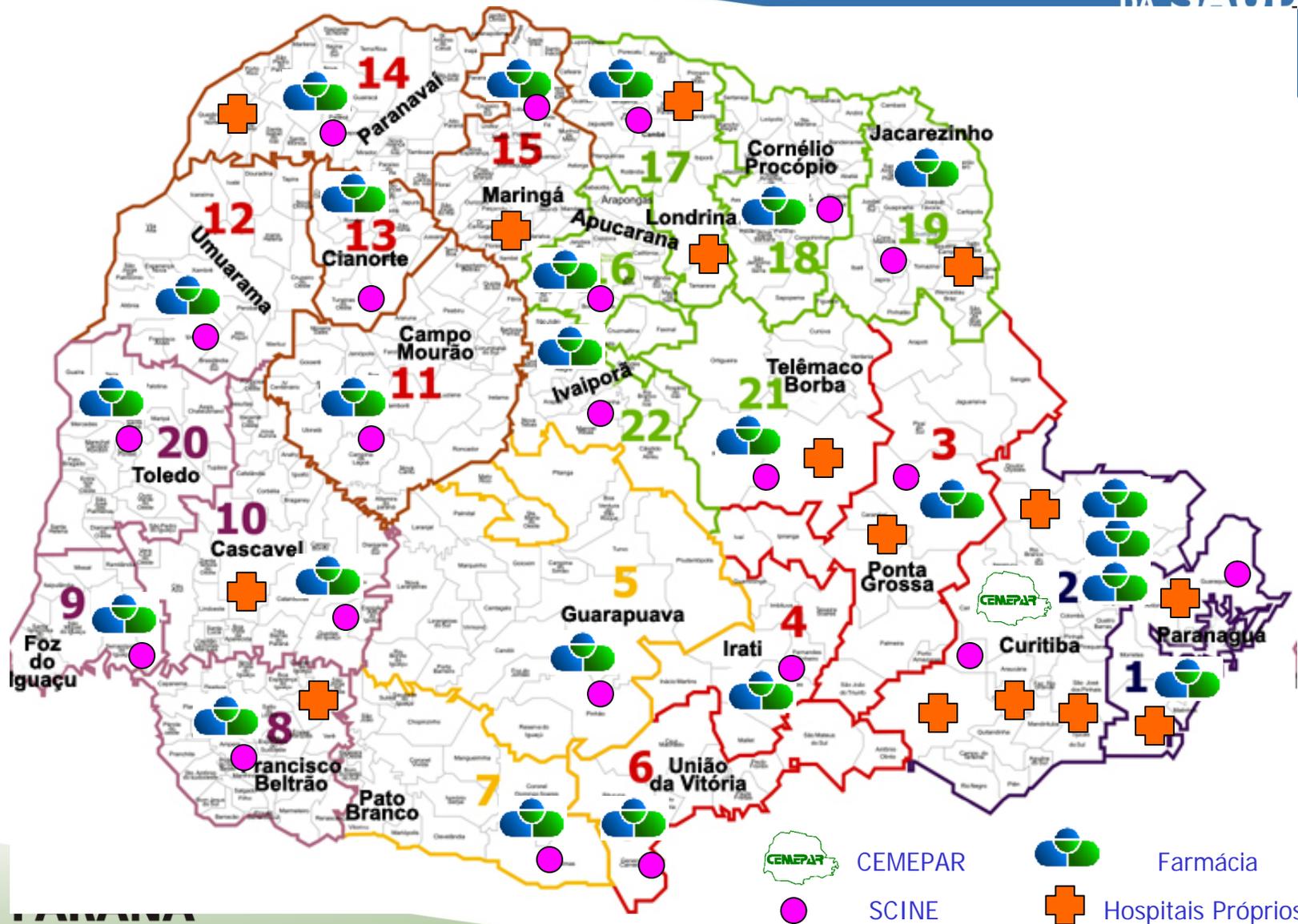
Imprimir Voltar

topo

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO PARANÁ

- ❖ DAF: Departamento de Assistência Farmacêutica - SESA
- ❖ CEMEPAR: Centro de Medicamentos do Paraná - SESA
- ❖ Farmácias dos Hospitais e Unidades Próprias - SESA
- ❖ Farmácias das 22 Regionais de Saúde do Estado - SESA
- ❖ Seções de Insumos Estratégicos das 22 RS do Estado – SESA
- ❖ Consórcio Paraná Saúde
- ❖ Farmácias das Secretarias Municipais de Saúde
- ❖ Farmácias dos Hospitais das Secretarias Municipais de Saúde







OBRIGADA!

Margely Nunes de Souza
margely@sesa.pr.gov.br

41- 3360-6700

