

 <b>SMS - PML</b>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>			Data da Revisão: <b>29/08/2022</b>
	Número: Anexo I	Revisão: 2	Folha: 13	Data para Revalidação: <b>29/08/2023</b>
Título: <b>ANEXO I – FORMULÁRIOS</b>				

Em anexo os formulários de pedido de medicamentos e materiais especiais, bem como aprazamentos para organização da farmácia e atendimento ao paciente.

### 1. Pedido de medicamento de Tuberculose.

<u>Formulário para solicitação de medicação de Tuberculose</u>
Nome: ____
Unidade de Saúde: __
ID:
Diagnóstico ( TB PULMONAR )
Fase:
Mês de tratamento: ____ <sup>o</sup> MES
Peso: ____ KG
Prescrição médica: ISONIAZIDA + RIFAMPICINA + PIRAZINAMIDA+ ETAMBUTOL
Nº total de comprimidos: ____
Dose: ____ comprimidos/dia
Resultado do Baar:
Data da coleta: __
Positivo ( ) _____
Negativo ( ) _____
<u>Responsável pelo pedido:</u> _____ (FARMACÊUTICO/ENFERMEIRO)



SMS - PML

## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Data da Revisão:

29/08/2022

Número:

Anexo I

Revisão:

2

Folha:

13

Data para Revalidação:

29/08/2023

Título:

### ANEXO I – FORMULÁRIOS

## 2. Pedido de medicamento de Toxoplasmose para CAF. de acordo com a CI 022/2019.

### Formulário para solicitação de medicação de Toxoplasmose

UBS: \_\_\_\_\_

PACIENTE: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: ( ) F; ( ) M

Condição do tratamento:

( ) 1 – Gestante com infecção aguda (CID 10 O98.6)

( ) 2 – Imunodeprimido (CID 10 \_\_\_\_\_)

( ) 3 – Toxoplasmose ocular (CID 10 B58.0)

( ) 4 – Outro (CID 10 \_\_\_\_\_)

Gestante? ( ) Sim ( ) Não; Idade Gestacional: \_\_\_\_\_

Nº da notificação – SINAN: \_\_\_\_\_

	Concentração	Posologia	Quantidade de comprimidos/mês
Espiramicina	500 mg		
Sulfadiazina	500 mg		
Pirimetamina	25 mg		
Ácido Fólico			

LONDRINA, \_\_DE\_\_DE\_20\_\_.

RESPONSÁVEL PELO PEDIDO: Dr(a)

FARMACÊUTICO/ENFERMEIRO: \_\_\_\_\_ NASF \_\_\_\_\_



SMS - PML

**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO**

Data da Revisão:  
**29/08/2022**

Número:  
Anexo I

Revisão:  
2

Folha:  
13

Data para Revalidação:  
**29/08/2023**

Título:

**ANEXO I – FORMULÁRIOS**

**3. Pedido de medicamento de Tabagismo.**

**Formulário para solicitação de medicação de Tabagismo**

Unidade de Saúde:

Data de início do grupo:

Nome dos pacientes do novo grupo	ID

Bupropiona: \_\_\_\_\_ cp

Adesivo 7 mg: \_\_\_\_\_ unidades

Adesivo 14 mg: \_\_\_\_\_ unidades

Adesivo 21 mg: \_\_\_\_\_ unidades

Goma: \_\_\_\_\_ unidades

LONDRINA, \_\_DE\_\_DE\_20\_\_.

FARMACÊUTICO/ENFERMEIRO: \_\_\_\_\_ NASF: \_\_\_\_\_



SMS - PML

## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Data da Revisão:

29/08/2022

Número:

Anexo I

Revisão:

2

Folha:

13

Data para Revalidação:

29/08/2023

Título:

### ANEXO I – FORMULÁRIOS

#### 4. Apazamento para dispensação de materiais de uso contínuo (sondagem e curativos).

Prefeitura Municipal de Londrina  
Secretaria Municipal de Saúde  
UBS \_\_\_\_\_

**MATERIAL DE USO  
CONTÍNUO  
(ESF - A)**

NOME: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

DATA NASC.: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_ ACS área: \_\_\_\_\_

Material Padronizado	Quantidade/mês
Compressa gaze	250 pacotinhos
Luva de procedimentos G	2 cx
Óleo dersani	1 frasco
Soro Fisio 0,9% de 500 mL	2
Atadura	12 um (1 pacote)
Equipo dieta enteral	8 un
Frasco dieta enteral	8 un
<b>OBS: SONDA GASTROSTOMIA nº</b>	<b>Troca semestral – ver com enfermeiro</b>

Data da troca da gastrostomia:

MATERIAIS	QUANTIDADE/MÊS	DATA DISPENSAÇÃO	PROFISSIONAL	ASS. DO PACIENTE
Compressa gaze				
Luva G				
Óleo dersani				
Soro Fisio 500 mL				
Atadura				
Equipo dieta enteral				
Frasco dieta enteral				



SMS - PML

## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Data da Revisão:

29/08/2022

Número:

Anexo I

Revisão:

2

Folha:

13

Data para Revalidação:

29/08/2023

Título:

### ANEXO I – FORMULÁRIOS

#### 5. Apazamento para dispensação de tiras de glicosímetro.



**Prefeitura Municipal de Londrina**  
**Secretaria Municipal de Saúde**

**TIRAS DE HGT**

UBS: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_

CNS: \_\_\_\_\_ NASC.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: TIPO 1 ( ) TIPO 2 ( ) GESTACIONAL ( )

PRESCRIÇÃO DE INSULINA: \_\_\_\_\_

TIRAS/MÊS: \_\_\_\_\_ Nº APARELHO: \_\_\_\_\_

DATA DA ENTREGA	MATERIAL ENTREGUE	ASSINATURA FUNCIONÁRIO	ASSINATURA PACIENTE



**SMS - PML**

## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Data da Revisão:

**29/08/2022**

Número:

**Anexo I**

Revisão:

**2**

Folha:

**13**

Data para Revalidação:

**29/08/2023**

Título:

**ANEXO I – FORMULÁRIOS**

### 6. Termo de responsabilidade do glicosímetro.

#### TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA DISPENSAÇÃO DO GLICOSÍMETRO

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_

Comprometo-me a zelar pelo aparelho recebido e devolvê-lo em casos de: mudança de município, interrupção no uso da insulina, após puerpério de 40 dias ou óbito (devolução pelo familiar). Estou ciente que caso constatado mau uso, queda ou perda não será fornecido novo aparelho. Em caso de roubo, deverá ser apresentado o boletim de ocorrência (B.O.).

Nº série do aparelho: \_\_\_\_\_

Ass. Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_

Ass. Funcionário: \_\_\_\_\_

Data : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**(guardar esse termo no prontuário do paciente)**

 <b>SMS - PML</b>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>			Data da Revisão: <b>29/08/2022</b>
	Número: Anexo I	Revisão: 2	Folha: 13	Data para Revalidação: <b>29/08/2023</b>
Título: <b>ANEXO I – FORMULÁRIOS</b>				

**7. Apazamento para dispensação de medicamento de depósito.**

 <b>Prefeitura Municipal de Londrina</b> <b>Secretaria Municipal de Saúde</b> <b>UBS _____</b>	<b>MEDICAÇÃO DE DEPÓSITO</b>							
	<p>NOME: _____ ID: _____</p> <p>ENDEREÇO: _____</p> <p>DATA NASC.: ____ / ____ / ____ TELEFONE: _____</p> <p>MEDICAÇÃO: _____ POSOLOGIA: _____</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">DATA DA APLICAÇÃO</th> <th style="width: 50%;">RESPONSÁVEL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	DATA DA APLICAÇÃO	RESPONSÁVEL					
DATA DA APLICAÇÃO	RESPONSÁVEL							

 <b>SMS - PML</b>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>			Data da Revisão: <b>29/08/2022</b>
	Número: Anexo I	Revisão: 2	Folha: 13	Data para Revalidação: <b>29/08/2023</b>
Título: <b>ANEXO I – FORMULÁRIOS</b>				

## 8. Aprazamento de Ostomia

 <b>Prefeitura Municipal de Londrina</b> <b>Secretaria Municipal de Saúde</b> <b>UBS _____</b>	<b>OSTOMIA</b>		
	<p>NOME: _____ ID: _____</p> <p>ENDEREÇO: _____ ACS: _____</p> <p>DATA NASC.: ____ / ____ / ____ TELEFONE: _____</p>		
<b>BOLSA TIPO:</b>	<b>QUANTIDADE:</b>		
<b>ADJUVANTES:</b>			
<b>DATA DA DISPENSAÇÃO</b>	<b>QUANTIDADE FORNECIDA</b>	<b>ASS. FUNCIONÁRIO</b>	<b>ASS. PACIENTE</b>



SMS - PML

## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Data da Revisão:

29/08/2022

Número:

Anexo I

Revisão:

2

Folha:

13

Data para Revalidação:

29/08/2023

Título:

### ANEXO I – FORMULÁRIOS

#### 9. Ficha de contagem no inventário.

CONTAGEM

MEDICAMENTO Nº \_\_\_\_\_

NOME GENÉRICO e/ou MATERIAL: \_\_\_\_\_

Apresentação: \_\_\_\_\_

Lote e embalagem	Data fabricação	Data Validade	Nome comercial	Fabricante	1ª Contagem	2ª Contagem	Quant. Est. SW	Nec. Ajuste
								E: _____ X _____ RS _____ S: _____
								E: _____ X _____ RS _____ S: _____
								E: _____ X _____ RS _____ S: _____

Total do Produto: \_\_\_\_\_ Apres. (no swab) \_\_\_\_\_ valor unitário: \_\_\_\_\_ valor total: \_\_\_\_\_

( ) 1ª contagem

( ) 2ª contagem

( ) 3ª contagem

Equipe de Contagem

Funcionário responsável: \_\_\_\_\_



SMS - PML

## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

Data da Revisão:  
**29/08/2022**

Número:  
**Anexo I**

Revisão:  
**2**

Folha:  
**13**

Data para Revalidação:  
**29/08/2023**

Título:

### ANEXO I – FORMULÁRIOS

## 10. Planilha de controle de temperatura.

FICHA PARA CONTROLE DE TEMPERATURA – TERMÔMETRO DE MÁXIMA E MÍNIMA

UNIDADE DE SAÚDE _____										MÊS: _____										ANO: _____						FREEZER Nº _____									
DIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
07 H	MAX																																		
	MIN																																		
	MOM																																		
	UMIDAD																																		
12 H	MAX																																		
	MIN																																		
	MOM																																		
	UMIDAD																																		
17 H	MAX																																		
	MIN																																		
	MOM																																		
	UMIDAD																																		
OBSERVACOES																									RESPONSÁVEL										

 <b>SMS - PML</b>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>			Data da Revisão: <b>29/08/2022</b>
	Número: Anexo I	Revisão: 2	Folha: 13	Data para Revalidação: <b>29/08/2023</b>
Título: <b>ANEXO I – FORMULÁRIOS</b>				

### 11. Lista de medicamentos do carrinho de emergência.

<b>PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA</b>		
<b>MEDICAMENTO</b>	<b>APRES.</b>	<b>QUANTIDADE</b>
Ácido acetilsalicílico 100 mg	cpr	10 u ou 1 blister
Adrenalina 1 mg/mL – 1 mL	amp	5 u
Água destilada 10 mL	amp	10 u
Aminofilina 24 mg/mL – 10 mL	amp	3 u
Captopril 25 mg	cpr	20 u ou 1 blister
Clonidina 0,15 mg	cpr	20 u ou 1 blister
Furosemida 40 mg/2mL	Amp	5 u
Glicose 25% - 10 mL	amp	5 u
Hidrocortisona 500 mg	Fr/amp	5 u
Prometazina 25 mg/mL – 2 mL	amp	5 u
Diazepan 10 mg/2mL	amp	3
Fenitoína 250 mg/5mL	Amp	3 u
Fenobarbital 200 mg/2mL	Amp	3 u

 <b>SMS - PML</b>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>			Data da Revisão: <b>29/08/2022</b>
	Número: Anexo I	Revisão: 2	Folha: 13	Data para Revalidação: <b>29/08/2023</b>
Título: <b>ANEXO I – FORMULÁRIOS</b>				

## 12. Modelo de Notificação dispensação de tiras do glicosímetro.

 <p style="text-align: center;"><b>Notificação de Dispensação de Tiras para Glicosímetro</b> <b>UBS _____</b></p> <p>Paciente: _____ ID: _____</p> <p>Diabetes: ( ) Tipo I; ( ) Tipo II; ( ) Gestacional.</p> <p>Em uso de:</p> <p>( ) Insulina NPH: _____</p> <p>( ) Insulina R: _____</p> <p>( ) Análogos: _____</p> <p>Dispensar _____ tiras/mês ou 1 caixa com 50 tiras a cada _____ mês (es), conforme Protocolo de Monitoramento de glicemia da Prefeitura Municipal de Londrina.</p> <p>_____</p> <p><b>Farmacêutico</b></p> <p><b>Data:</b> ____/____/____</p>
---