

# POP

HUAB-UFRN/EBSERH

## Conciliação Medicamentosa na Admissão Hospitalar

Versão: 04 | 2025

## 1. OBJETIVO

Estabelecer orientações para a realização da conciliação medicamentosa em até 48 horas após a admissão do paciente, garantindo o registro adequado das informações coletadas no prontuário.

## 2. APLICAÇÃO E ABRANGENCIA

Este procedimento operacional padrão aplica-se aos setores de PPP, alojamento conjunto, clínica cirúrgica, enfermaria pediátrica e unidade de terapia intensiva neonatal (quando aplicável).

## 3. RESPONSABILIDADES

- **Executar:** Farmacêuticos clínicos e residentes de farmácia,
- **Supervisionar:** Farmacêuticos clínicos,
- **Monitorar:** Chefia da Unidade de Farmácia Clínica e Dispensação (UFCD).

## 4. MATERIAIS E RECURSOS NECESSÁRIOS

- Sistema AGHUX,
- Planilha institucional de escore de risco farmacoterapêutico,
- Formulário institucional de conciliação medicamentosa (apêndice A).

## 5. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

1. Identificar os pacientes elegíveis a partir do escore de risco farmacoterapêutico;
2. Deslocar-se à enfermaria para aplicação do “Formulário de Conciliação Medicamentosa” (APÊNDICE A) junto ao paciente, acompanhante e/ou equipe de enfermagem a fim de coletar informações sobre os medicamentos de uso prévio pelo paciente, existência de alergias e/ou reações adversas a medicamentos;
3. Comparar os dados coletados com a prescrição médica atual e com os registros do prontuário do paciente;
4. Utilizar o formulário disponível no diretório: UFCD > Backup\_1 > Documentos > Farmácia Clínica > Conciliação Medicamentosa 2025;
5. Verificar a existência de discrepância medicamentosa entre as informações coletadas e a prescrição atual do paciente:

- a. Finalizar a conciliação medicamentosa quando não houver discrepância que necessitem de esclarecimentos;
  - b. Discutir as discrepâncias, verificar se foram intencionais ou não, entrar com o médico plantonista do setor para repassar as informações coletadas, questionar sobre as divergências e em conjunto adequar a prescrição medicamentosa.
6. Registrar a conciliação medicamentosa no prontuário eletrônico:
- a. Na primeira visita, registrar junto aos dados da anamnese do paciente,
  - b. Nas visitas posteriores, registrar no campo “evolução”, incluindo o título **“CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA”**.
7. Imprimir o documento e arquivar no prontuário físico do paciente,
8. Registrar conciliação na planilha de indicadores do processo.

## 6. REFERÊNCIAS

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. *Ebserh. Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa e Selo Ebserh de Qualidade*. 1ª Edição. Brasília, 2018.

MENDES, A. E. M. *Conciliação medicamentosa da admissão hospitalar: um ensaio clínico randomizado*. 108 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Interna e Ciências da Saúde) Universidade Federal do Paraná. 2016.

## 7. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da atualização
01	28/12/2020	Versão inicial.
02	05/10/2022	Alteração de conteúdo, formatação e layout.
03	18/11/2024	Atualização de layout.
04	10/11/2025	Atualização devido validade.

## 8. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

<b>Elaboração</b> Letícia Martins Pereira Vale – UFCD/SFH/DCDT/GAS Diego Pereira Gabriel dos Santos – UFCD/SFH/DCDT/GAS	Data: 10/11/2025
<b>Análise</b> Diego Pereira Gabriel dos Santos – UFCD/SFH/DCDT/GAS	Data: 10/11/2025
<b>Validação</b> Wilton Nogueira de Abreu – STGQ/SUP Franciane Carla de Souza bento – STGQ/SUP	Data: 10/11/2025
<b>Aprovação</b> Diego Pereira Gabriel dos Santos – UFCD/SFH/DCDT/GAS	Data: 10/11/2025

*Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © Ano2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados [www.ebserh.gov.br](http://www.ebserh.gov.br)*

## APÊNDICE A – Formulário de Conciliação Medicamentosa

CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA								
DADOS DO PACIENTE								
NOME:								
PRONTUÁRIO:		IDADE:		SEXO: ( ) F ( ) M				
ADMISSÃO HOSPITALAR: __/__/__		SETOR DE INTERNAÇÃO:		LEITO:				
DIAGNÓSTICO:		ALERGIA MEDICAMENTOSA: ( ) SIM ( ) NÃO		QUAIS:				
HISTÓRICO DO PACIENTE								
FUMANTE: ( ) SIM ( ) NÃO OBS.:		ÁLCOOL: ( ) SIM ( ) NÃO OBS.:		VACINAS: ( ) SIM ( ) NÃO OBS.:				
COMORBIDADES:								
HISTÓRICO DE USO DE MEDICAMENTOS:								
ANÁLISE DAS DISCREPÂNCIAS								
MEDICAMENTOS PRÉ-ADMISSÃO		PRESCRIÇÃO MÉDICA			DISCREPÂNCIAS			
MEDICAMENTOS (DCB / Forma Farmacêutica / Dose / Via de administração / frequência)		PRESCRITO	NÃO PRESCRITO	ALTERADO	REGISTRO DE ALTERAÇÃO	INTENCIONAL	NÃO INTENCIONAL	INTERVENÇÃO REALIZADA
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
//		Farmacêutico Responsável:						

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro, Santa Cruz/RN, CEP 59200-000  
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

Certidão - SEI

Processo nº 23527.005790/2025-42

Interessado: @interessados\_virgula\_espaco@

Certidão de assinaturas eletrônicas correspondente ao documento Dispensação dos Medicamentos Controlados (Portaria 344/98). POP.UFCD.025 - versão.

<b>Elaboração</b> Letícia Martins Pereira Vale – UFCD/SFH/DCDT/GAS Diego Pereira Gabriel dos Santos – UFCD/SFH/DCDT/GAS	Data: 10/11/2025
<b>Análise</b> Diego Pereira Gabriel dos Santos – UFCD/SFH/DCDT/GAS	Data: 10/11/2025
<b>Validação</b> Wilton Nogueira de Abreu – STGQ/SUP Franciane Carla de Souza bento – STGQ/SUP	Data: 10/11/2025
<b>Aprovação</b> Diego Pereira Gabriel dos Santos – UFCD/SFH/DCDT/GAS	Data: 10/11/2025



Documento assinado eletronicamente por **Diego Pereira Gabriel dos Santos, Chefe de Unidade**, em 11/11/2025, às 08:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Leticia Martins Pereira Vale, Farmacêutico(a)**, em 11/11/2025, às 10:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Wilton Nogueira de Abreu, Técnico(a) em Enfermagem**, em 11/11/2025, às 11:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **55151659** e o código CRC **A08FF831**.