

# POP

HC-UFTM/EBSERH

## DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO E PROTOCOLOS ESPECÍFICOS

Versão: 3 | 2025

**SUPERINTENDENTE**  
LUCIANA DE ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

**GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE**  
LUIZ ANTONIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE

**CHEFE DA DIVISÃO DE GESTÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO**  
MARISLEY FRANCISCO

**CHEFE DO SETOR DE FARMÁCIA HOSPITALAR**  
GIULIANO CÉSAR SILVEIRA

**CHEFE DA UNIDADE DE DISPENSAÇÃO FARMACÊUTICA**  
CAROLINE SANTOS CAPITELLI FUZARO

**ELABORAÇÃO DA VERSÃO ATUAL**

Caroline Santos Capitelli Fuzaro, Unidade de Dispensação Farmacêutica

**ANÁLISE INTERNA**

Daiane Silva Marques, Unidade de Dispensação Farmacêutica  
Luiz Carlos Pereira Junior, Unidade de Dispensação Farmacêutica  
Rhaíssa Fernandes Batista, Unidade de Dispensação Farmacêutica  
Izabella Viana Rosario Luiz, Unidade de Dispensação Farmacêutica  
Graziella Rezende Barbosa, Unidade de Dispensação Farmacêutica

**VALIDAÇÃO TÉCNICA**

Giuliano César Silveira, Setor de Farmácia Hospitalar  
Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

**REGISTRO, VALIDAÇÃO DE FORMA E REVISÃO**

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

**APROVAÇÃO**

Marisley Francisco, Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Data da emissão: 5/2/2025

Código do documento: POP.UDIS.015

ISBN:

*Cópia eletrônica não controlada. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados  
[www.ebserh.gov.br](http://www.ebserh.gov.br)*



## 1. OBJETIVO

Estabelecer e padronizar no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM) os procedimentos de dispensação de medicamentos de uso restrito sujeitos a protocolos específicos.

## 2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Setor de Farmácia Hospitalar (SFH), Unidades Ambulatoriais, Pronto Atendimento e Internação do HC-UFTM.

## 3. COMPETÊNCIA

- ✓ Profissionais prescritores do HC-UFTM;
- ✓ Farmacêuticos da Farmácia Central e Farmácias Satélites do HC-UFTM;
- ✓ Técnicos em Farmácia da Farmácia Central e Satélites do HC-UFTM;
- ✓ Enfermeiros e técnicos de enfermagem do HC-UFTM;
- ✓ Profissionais responsáveis pela retirada dos medicamentos nas farmácias da instituição, em atendimento às prescrições médicas.

## 4. MEDICAMENTOS CLASSIFICADOS COMO USO RESTRITO

Os medicamentos de dispensação excepcional ou uso restrito são, geralmente, de alto custo e/ou obedecem a protocolos de especialidades específicas, conforme padronização no HC-UFTM ou protocolos do Ministério da Saúde. Para a dispensação dos medicamentos de uso restrito são observados critérios, como indicação, esquemas terapêuticos, monitorização, acompanhamento, preenchimento de formulários e demais parâmetros.

Erros envolvendo a prescrição e/ou dispensação de medicamentos de uso restrito podem ocasionar problemas como: atraso do início do tratamento, aumento no tempo de hospitalização, custos indevidos, desconforto e incapacidade do paciente, e aumento da mortalidade. Desta forma, a padronização e observância ao fluxo de dispensação dos medicamentos de uso restrito podem impactar na qualidade da assistência prestada ao cliente na instituição.

### **São divididos em três grupos:**

- a. Grupo 1: Medicamentos de uso restrito que requerem preenchimento de Formulário de Medicamentos de Uso Restrito (Apêndice B), exigem:
  - Formulário de Uso Restrito;
  - Prescrição Médica no Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHUX) e,
  - Retirada na farmácia no momento da administração.
- b. Grupo 2: Medicamentos de uso restrito que não requerem o preenchimento de Formulário de Medicamentos de Uso Restrito, exigem:
  - Prescrição Médica no AGHUX e;
  - Retirada na farmácia no momento da administração.
- c. Grupo 3: Medicamentos de uso restrito que possuem formulários específicos, exigem:
  - Formulário de Solicitação do respectivo medicamento;
  - Prescrição Médica no AGHUX e;
  - Retirada na farmácia no momento da administração.

#### **4.1 Grupo 1: Medicamentos de Uso Restrito cuja Dispensação Requer o Preenchimento do “Formulário De Medicamentos – Uso Restrito”**

- ✓ Alprostadil 20mcg
- ✓ Alprostadil 500mcg
- ✓ Alteplase 20mg
- ✓ Alteplase 50mg
- ✓ Complexo Protrombínico 500 a 600UI
- ✓ Imunoglobulina Humana 5g
- ✓ Imunoglobulina Antitimócito 25mg
- ✓ Levosimendana 2,5mg/mL – frasco 5mL
- ✓ Milrinona 1mg/mL – ampolas 10mL
- ✓ Tirofibana 0,25mg/mL – frasco 50mL

#### **4.2 Grupo 2: Medicamentos de Uso Restrito que não exigem o Preenchimento do Formulário de Uso Restrito**

- ✓ Cafeína 20mg/mL – ampola 1mL
- ✓ Misoprostol 25mcg e 200mcg
- ✓ Nalbufina 10mg/mL – ampola 1 mL
- ✓ Oseltamivir 30mg, 45mg e 75mg – comprimidos
- ✓ Pirimetamina 25mg – comprimido
- ✓ Esquema RIPE (Rifampicina 150mg + isoniazida 75mg + pirazinamida 400mg + etambutol 275mg) – cápsula
- ✓ Esquema RI (Rifampicina 150mg + Isoniazida 75mg) – cápsula
- ✓ Sildenafil 25mg – comprimido

#### **4.3 Grupo 3: Medicamentos de Uso Restrito com Formulário Específico**

- ✓ Etonogestrel 68mg – implante subdérmico
- ✓ Octreotida 0,05mg, 0,1mg e 0,5mg – ampolas 1mL
- ✓ Terlipressina 1mg – frasco-ampola
- ✓ Soluções para conservação e transplante de órgãos

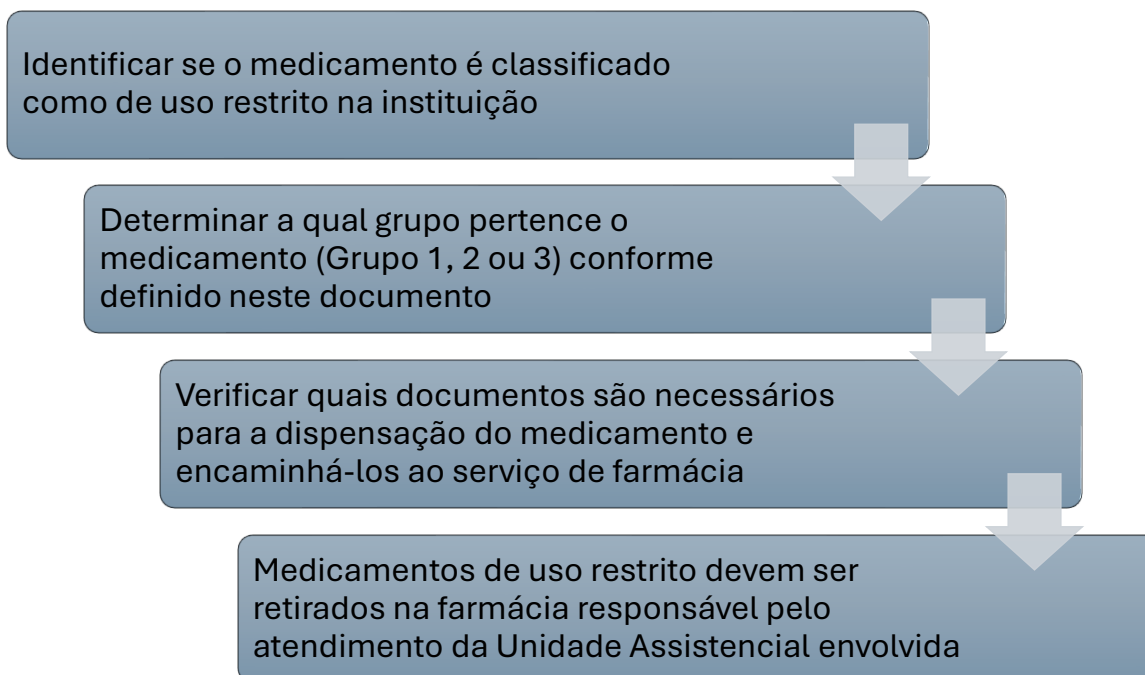
Observação: O apêndice C do documento possui tabela com instruções para dispensação de medicamentos de uso restrito e sujeitos a protocolos específicos.

### **5. PREENCHIMENTO DE FORMULÁRIO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO**

Frente à necessidade de uso dos medicamentos listados no Apêndice C, o médico responsável deve realizar o preenchimento do formulário de Solicitação de Medicamento de Uso Restrito (Apêndice B) para autorização e dispensação do medicamento prescrito. Formulário disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufm/painel/gas/dadt/sfh/sfh> - aba publicações.

A dispensação desses medicamentos fica condicionada a observância dos protocolos clínicos institucionais e do Ministério da Saúde, preenchimento completo do formulário de solicitação e em casos excepcionais, da autorização das gerências institucionais.

## 5.1 Fluxograma



## 6. REFERÊNCIAS

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Setor de Farmácia Hospitalar. Protocolo assistencial multiprofissional: Segurança na Prescrição, Dispensação e Administração de Medicamentos. Uberaba-MG, 2022. 24p. Disponível em: [https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/protocolos-assistenciais/Prescricao\\_Segura\\_Farmacia\\_v2\\_final.pdf](https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/protocolos-assistenciais/Prescricao_Segura_Farmacia_v2_final.pdf) Acesso em 5 de fev. 2025

ANVISA. Bulário Eletrônico. Disponível em <https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/>. Acesso em 11 de setembro de 2024.

DIRETORIA DE MEDICAMENTOS ESTRATÉGICOS. SECRETARIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Nota Técnica.

## 7. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

| Versão | Data       | Descrição da atualização   |
|--------|------------|--|
| 1      | 25/10/2021 | Elaboração da 1ª versão do documento em Rotina Operacional Padrão (ROP)  |
| 2      | 13/12/2021 | Revisão da ROP   |
| 3      | 5/2/2025   | Atualização de conteúdo, alteração do tipo de documento (ROP para Procedimento Operacional Padrão – POP) e inserção em novo modelo |

## 8. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

### Elaboração da versão atual (versão 3 em POP) – data: 5/2/2025

Caroline Santos Capitelli Fuzaro, farmacêutica, chefe da Unidade de Dispensação Farmacêutica (UDIS)

#### Análise interna

Daiane Silva Marques, farmacêutica da UDIS

Luiz Carlos Pereira Junior farmacêutico da UDIS

Rhaíssa Fernandes Batista, farmacêutica da UDIS

Izabella Viana Rosario Luiz, farmacêutica da UDIS

Graziella Rezende Barbosa, farmacêutica da UDIS

#### Validação técnica – data: 15/1/2025

Giuliano César Silveira, chefe do Setor de Farmácia Hospitalar (SFH)

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

#### Registro, validação de forma e revisão – data: 5/2/2025

Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental

#### Aprovação – data: 2/12/2024

Marisley Francisco, chefe da Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

### Elaboração da versão 2 da ROP – data: 13/12/2021

Liliane Barreto Teixeira, chefe da Unidade de Farmácia Clínica e Dispensação Farmacêutica (UFC)

#### Validação

Mara Danielle Felipe P. Rodrigues, chefe da Divisão de Enfermagem

Luciana Paiva Romualdo, chefe da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais (UGRA)

#### Registro, análise e revisão final

Maria Aparecida Ferreira, enfermeira da Unidade de Planejamento

Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento

#### Aprovação

Giuliano Cesar Silveira, chefe do SFH

### Elaboração da versão 1 da ROP – data: 25/10/2021

Caroline Santos Capitelli Fuzaro, farmacêutica

Liliane Barreto Teixeira, farmacêutica

Celso José da Silva Júnior, técnico em farmácia

#### Validação

Liliane Barreto Teixeira, chefe da Unidade de Farmácia Clínica e Dispensação Farmacêutica

Luciana Paiva Romualdo, chefe da UGRA

#### Registro, análise e revisão final

Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento

#### Aprovação

Giuliano Cesar Silveira, chefe do SFH




### APÊNDICE A – Lista de verificação (*checklist*)

Incluir um *checklist* com os principais pontos a serem conferidos na execução do procedimento.

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Verificar se o medicamento a ser prescrito pertence a listagem dos medicamentos de uso restrito na instituição;  |
| <input type="checkbox"/> | Determinar a qual grupo pertence o medicamento a ser prescrito. Se:<br>A. Medicamentos de uso restrito que requerem preenchimento de Formulário de Medicamentos de Uso Restrito (Apêndice B), exigem: <ul style="list-style-type: none"><li>• Formulário de Uso Restrito;</li><li>• Prescrição Médica no AGHUX e,</li><li>• Retirada na farmácia no momento da administração.</li></ul> B. Medicamentos de uso restrito que não requerem o preenchimento de Formulário de Medicamentos de Uso Restrito, exigem: <ul style="list-style-type: none"><li>• Prescrição Médica no AGHUX e</li><li>• Retirada na farmácia no momento da administração.</li></ul> C. Medicamentos de uso restrito que possuem formulários específicos, exigem: <ul style="list-style-type: none"><li>• Formulário de Solicitação do respectivo medicamento;</li><li>• Prescrição Médica no AGHUX e,</li><li>• Retirada na farmácia no momento da administração.</li></ul> |
| <input type="checkbox"/> | Caso necessário, o médico responsável deve realizar o preenchimento do formulário de Solicitação de Medicamento de Uso Restrito (Apêndice B) para autorização e dispensação do medicamento prescrito.  |
| <input type="checkbox"/> | Prescrição no AGHUX  |
| <input type="checkbox"/> | Caso necessário, o médico responsável deve realizar o preenchimento do formulário de Específico para registro de dispensação de medicamentos com protocolos específicos na instituição (Links disponíveis no apêndice C).  |
| <input type="checkbox"/> | Medicamentos devem ser retirados na Farmácia Central ou Farmácias Satélites no momento da administração.   |

## APÊNDICE B – Formulário de Uso Restrito

Link de acesso: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/painel/gas/dadt/sfh/sfh> Formulário disponível na aba publicações.

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
|  |  | UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO<br>HOSPITAL DE CLÍNICAS |  |
| Tipo do Documento   | FORMULÁRIO<br>MEDICAMENTOS - USO RESTRITO   |   | FORM.UDIS.01- Página 1/1  |
| Título do Documento   | DISPENSÇÃO DE MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO  |   | Emissão: 03/04/2024<br>Versão: 2  |
|   |   |   | Próxima revisão: 03/04/2026   |

**1. Solicitação:**

|                             |              |
|-----------------------------|--------------|
| Nome do paciente: _____     | RG: _____    |
| Unidade Assistencial: _____ | Leito: _____ |

**2. Apresentação do Medicamento:**

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alteplase 20 mg                     | <input type="checkbox"/> Imunoglobulina antitimócito 25 mg    |
| <input type="checkbox"/> Alteplase 50 mg                     | <input type="checkbox"/> Levosimendana 2,5 mg/mL- Frasco 5 mL |
| <input type="checkbox"/> Alprostadil 20 mcg                  | <input type="checkbox"/> Milrinona 1 mg/mL – Ampola 10 mL     |
| <input type="checkbox"/> Alprostadil 500 mcg                 | <input type="checkbox"/> Nandrolona 50 mg/mL – Ampola 1 mL    |
| <input type="checkbox"/> Complexo Protrombínico 500 a 600 UI | <input type="checkbox"/> Tirofibana 0,25 mg/mL – Frasco 50 mL |
| <input type="checkbox"/> Imunoglobulina Humana 5 g           | <input type="checkbox"/> Outro: _____                         |

**3. Dados da prescrição do medicamento solicitado:**

|  |                              |
|--|------------------------------|
| Posologia: _____                                       | Duração do Tratamento: _____ |
| Indicação Terapêutica do medicamento solicitado: _____ |                              |
| Justificativa:<br>_____<br>_____                       |                              |

**4. Dados do prescritor:**

|  |   |
|--|---|
| Assinatura Médico Assistente/CRM<br><br> | Assinatura Staff da Clínica/CRM<br><br> |
| Data: _____                              | Data: _____                             |

Cópia eletrônica não controlada  
Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e não for comercial.  
© 2016, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados  
www.Ebserh.gov.br

**APÊNDICE C - Tabela com instruções para dispensação de medicamentos de uso restrito e sujeitos a protocolos específicos**

| MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO CUJA DISPENSAÇÃO REQUER O PREENCHIMENTO DO “FORMULÁRIO DE MEDICAMENTOS – USO RESTRITO”                           |   |   |
|---|---|---|
| MEDICAMENTO   | PRINCIPAIS INDICAÇÕES   | DESCRIÇÃO DA ROTINA PARA DISPENSAÇÃO  |
| <p><b>Alprostadil 20mcg</b></p> <p>Código AGHU: 272642</p>  | <p>Tratamento da doença arterial oclusiva crônica nos estágios III e IV (classificação de Fontaine) ou pacientes em que a revascularização foi insatisfatória.</p>  | <p>Requisito: Apresentação de formulário de solicitação de medicamento de uso restrito devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico solicitante. O formulário deve ser entregue na Farmácia Central ou Farmácias Satélites conforme a unidade assistencial em que o paciente se encontra internado.</p> <p>Dispensação: Deve ser dispensado no balcão de atendimento da farmácia mediante solicitação da enfermagem ou equipe médica, no momento da administração. Anotar no formulário de solicitação de medicamento de uso restrito no momento da dispensação a data, o horário, a quantidade dispensada e assinatura do responsável pela dispensação. Caso o tratamento necessite ser prolongado, um novo formulário de solicitação de medicamento de uso restrito deve ser preenchido com a devida justificativa.</p>   |
| <p><b>Alprostadil 500 mcg</b></p> <p>Apresentação:<br/>500 mcg ampola 1mL</p> <p>Código AGHU: 178357</p>                                      | <p>Em recém-nascidos com defeitos cardíacos congênitos, para manter a patência temporária do desvio entre a circulação sanguínea pulmonar e a sistêmica (ducto arterioso de Botalli), antes que a cirurgia possa ser realizada.</p>             | <p>Requisito: Apresentação de formulário de solicitação de medicamento de uso restrito devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico solicitante (<i>Staff</i>). Medicamento dispensado apenas para a UTI neonatal.</p> <p>Dispensação: Deve ser dispensado no balcão de atendimento da farmácia mediante solicitação da enfermagem ou equipe médica, no momento da administração. O medicamento deve ser dispensado apenas uma vez ao dia. Atentar para a correta prescrição do medicamento no AGHU (Diluir 1 mL de alprostadil em 99 mL SF 0,9% ou SG5% - Concentração da solução: 5 mg/mL) em infusão contínua por Bomba de Seringa para evitar preenchimento de equipo, por se tratar de medicamento de alto custo. Anotar no formulário de solicitação de medicamento de uso restrito no momento da dispensação a data, o horário, a quantidade dispensada e assinatura do responsável pela dispensação. Caso o tratamento necessite ser prolongado, um novo formulário de solicitação de medicamento de uso restrito deve ser preenchido com a devida justificativa.</p> |
| <p><b>Alteplase 20 mg e 50 mg</b></p> <p>Apresentações:<br/>20mg + diluente 20mL – frasco-ampola<br/>50mg + diluente 50mL – frasco-ampola</p> | <p>Tratamento do acidente vascular cerebral (derrame cerebral) isquêmico agudo;</p> <p>Tratamento do infarto agudo do miocárdio - IAM (ataque cardíaco);</p> <p>Embolia pulmonar – EP aguda maciça de difícil controle da pressão arterial;</p> | <p>Requisitos:</p> <p><u>Para AVC isquêmico:</u> preenchimento do formulário específico “<i>Protocolo para liberação de alteplase na trombólise endovenosa no AVC agudo</i>”. O formulário deve estar totalmente preenchido, carimbado e assinado pelo <i>Staff</i> da neurologia e a prescrição médica. A dose é dependente do peso do paciente.</p> <p><u>Para IAM e EP:</u> Apresentação de formulário de solicitação de medicamento de uso restrito devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico (<i>Staff</i>). A dose é de 100mg independente do peso do paciente.</p>  |

|  |  |   |
|--|--|---|
| <p>Código AGHU:<br/>Alteplase 20mg -<br/>292945<br/>Alteplase 50mg -<br/>181439</p>  | <p>Uso no centro cirúrgico pela vascular: solicitação de alteplase 20mg para cirurgia vascular.</p>  | <p><u>Para uso no Centro Cirúrgico:</u> Apresentação de formulário de solicitação de medicamento de uso restrito devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico <i>Staff</i>. A dose usual é de 20 mg. Formulário pode ser entregue após o procedimento cirúrgico.</p> <p>Dispensação: Deve ser dispensado no balcão de atendimento da farmácia mediante solicitação da enfermagem ou equipe médica, no momento da administração. Anotar no formulário de solicitação de medicamento de uso restrito no momento da dispensação a data, o horário, a quantidade dispensada e assinatura do responsável pela dispensação. Caso o tratamento necessite ser prolongado, um novo formulário de solicitação de medicamento de uso restrito deve ser preenchido com a devida justificativa.</p>  |
| <p><b>Complexo Protrombínico total humano (fatores II, VII, IX e X da coagulação)</b></p> <p>Apresentação:<br/>500 UI ou 600 UI +<br/>diluente – 20mL<br/>Frasco-ampola</p> <p>Código AGHU: 293630</p> | <p>Tratamento e profilaxia de distúrbios de coagulação causados por deficiência hereditária ou adquirida dos fatores II, VII, IX e X dependentes de vitamina K.</p> <p>Profilaxia perioperatória (relativo a qualquer fase da cirurgia) de hemorragias e hemorragia aguda.</p> | <p>Requisito: Apresentação de formulário de solicitação de medicamento de uso restrito devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico (<i>Staff</i>). Medicamento solicitado pela hematologia, necessário confirmar a indicação e dosagem com o hematologista responsável.</p> <p>Dispensação: Deve ser dispensado no balcão de atendimento da farmácia mediante solicitação da enfermagem ou equipe médica, no momento da administração e na prescrição médica. Anotar no formulário de solicitação de medicamento de uso restrito no momento da dispensação a data, o horário, a quantidade dispensada e assinatura do responsável pela dispensação. Caso o tratamento necessite ser prolongado, um novo formulário de solicitação de medicamento de uso restrito deve ser preenchido com a devida justificativa.</p> <p><u>Centro cirúrgico:</u> Pode ocorrer solicitação no centro cirúrgico, devido a distúrbios de coagulação de difícil controle. Nesses casos a equipe da cirurgia cardíaca é responsável pela solicitação. Apresentação de formulário de solicitação de medicamento de uso restrito devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico <i>Staff</i>.</p> |
| <p><b>Imunoglobulina Humana 5g</b></p> <p>Apresentação:<br/>5g frasco-ampola</p> <p>Código AGHU:102849</p>   | <p>Indicados em casos de desordens imunológicas e inflamatórias.</p>   | <p>Requisitos: Necessário o preenchimento do formulário de solicitação de medicamento de uso restrito devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico responsável.</p> <p>Dispensação: Deve ser dispensado no balcão de atendimento da farmácia mediante solicitação da enfermagem ou equipe médica. Anotar no formulário de solicitação de medicamento de uso restrito no momento da dispensação a data, o horário, a quantidade dispensada e assinatura do responsável pela dispensação. Caso o tratamento necessite ser prolongado, um novo formulário de solicitação de medicamento de uso restrito deve ser preenchido com a devida justificativa.</p> <p><b>Atenção:</b> A Imunoglobulina Humana integra o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), que visa garantir, no âmbito do <u>Sistema Único de Saúde (SUS)</u>, o acesso ao tratamento medicamentoso de doenças raras, de baixa prevalência ou de uso crônico prolongado, com alto custo</p>  |

|   |   |  |
|---|---|--|
|   |   | <p>unitário, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde. Para as doenças relacionadas abaixo, é necessário o preenchimento do formulário específico para a SES-MG, para a liberação do medicamento para o paciente. O formulário específico é preenchido pelo médico, bem como disponibilizado todos os documentos solicitados. Após o preenchimento, o formulário deve ser entregue na farmácia para o encaminhamento à SES-MG.</p> <p>Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica/Covid-19<br/><a href="https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/SIM-P.pdf">https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/SIM-P.pdf</a></p> <p>Anemia Hemolítica Autoimune<br/><a href="https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/ANEMIA%20HEMOLÍTICA%20AUTOIMUNE.pdf">https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/ANEMIA%20HEMOLÍTICA%20AUTOIMUNE.pdf</a></p> <p>Púrpura Trombocitopênica Idiopática<br/><a href="https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/PÚRPURA%20TROMBOCITOPÊNICA%20IDIOPÁTICA.pdf">https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/PÚRPURA%20TROMBOCITOPÊNICA%20IDIOPÁTICA.pdf</a></p> <p>Imunodeficiência por HIV<br/><a href="https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/25-02-IMUNODEFICIENCIA-POR-HIV.pdf">https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/25-02-IMUNODEFICIENCIA-POR-HIV.pdf</a></p> <p>Síndrome de Guillain-Barré<br/><a href="https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/SÍNDROME%20DE%20GUILLAIN-BARRÉ.pdf">https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/SÍNDROME%20DE%20GUILLAIN-BARRÉ.pdf</a></p> <p>Miastenia Gravis<br/><a href="https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/MIASTENIA%20GRAVIS.pdf">https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/MIASTENIA%20GRAVIS.pdf</a></p> <p>Transplante Renal<br/><a href="https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/TRANSPLANTE%20RENAL.pdf">https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/TRANSPLANTE%20RENAL.pdf</a></p> <p>Demais indicações não são contempladas pelo CEAF e são atendidas com o estoque do HC.</p> |
| <p><b>Imunoglobulina de coelho Antitímótico</b></p> <p>Apresentação:<br/>Frasco-ampola 25 mg</p> <p>Código AGHU: 142905</p> | <p>Imunossupressão em transplante: prevenção e tratamento de rejeição de enxerto;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenção da doença do enxerto versus hospedeiro, aguda e crônica, em caso de transplante de células tronco hematopoiéticas;</li> <li>- Tratamento da doença do enxerto versus hospedeiro, aguda córtico-resistente.</li> <li>- Tratamento da anemia aplástica.</li> </ul> | <p>Requisitos: Necessário preenchimento do formulário de solicitação de medicamento de uso restrito devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico <i>Staff</i>.</p> <p>Dispensação: Deve ser dispensado no balcão de atendimento da farmácia mediante solicitação da enfermagem ou equipe médica, no momento da administração e na prescrição médica. Anotar no formulário de solicitação de medicamento de uso restrito no momento da dispensação a data, o horário, a quantidade dispensada e assinatura do responsável pela dispensação. Caso o tratamento necessite ser prolongado, um novo formulário de solicitação de medicamento de uso restrito deve ser preenchido com a devida justificativa.</p> <p><u>Para Anemia Aplástica:</u> Necessário preenchimento do formulário de solicitação de medicamento de uso restrito devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo hematologista <i>Staff</i>. Comunicar à chefia ao receber a solicitação, pois será necessário conferir o estoque disponível.</p>   |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p><b>Levosimendana</b></p> <p>Apresentação:<br/>2,5 mg/mL – frasco-ampola 5 mL</p> <p>Código AGHU: 276648</p>          | <p>Tratamento de descompensação aguda da insuficiência cardíaca crônica grave.</p>   | <p>Requisitos: Necessário preenchimento do formulário de solicitação de medicamento de uso restrito devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo <i>Staff</i> da Unidade Cardiovascular.</p> <p>Dispensação: Deve ser dispensado no balcão de atendimento da farmácia mediante solicitação da enfermagem ou equipe médica, no momento da administração e na prescrição médica. Anotar no formulário de solicitação de medicamento de uso restrito no momento da dispensação a data, o horário, a quantidade dispensada e assinatura do responsável pela dispensação. <u>Tratamento limitado a um único frasco por paciente - dose máxima: 0,3 mg/kg em 24 horas.</u></p>  |
| <p><b>Milrinona, lactato</b></p> <p>Apresentação:<br/>1mg/mL – ampola 10mL</p> <p>Código AGHU: 288494</p>               | <p>Indicado para o tratamento intravenoso a curto prazo da insuficiência cardíaca congestiva severa, inclusive nos estados de baixo débito subsequentes a cirurgia cardíaca.</p>   | <p>Requisitos: Necessário preenchimento do formulário de solicitação de medicamento de uso restrito devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo <i>Staff</i> da UTI Neonatal e Pediátrica.</p> <p>Dispensação: Deve ser dispensado no balcão de atendimento da farmácia mediante solicitação da enfermagem ou equipe médica, no momento da administração e na prescrição médica. Anotar no formulário de solicitação de medicamento de uso restrito no momento da dispensação a data, o horário, a quantidade dispensada e assinatura do responsável pela dispensação. Caso o tratamento necessite ser prolongado, um novo formulário de solicitação de medicamento de uso restrito deve ser preenchido com a devida justificativa.</p> <p><u>Centro Cirúrgico:</u> Pode ser solicitado na cirurgia cardíaca (2 ampolas). Necessário preenchimento do formulário de solicitação de medicamento de uso restrito devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo <i>Staff</i> da Cirurgia Cardíaca. Avaliar estoque.</p> |
| <p><b>Tirofibana, cloridrato</b></p> <p>Apresentação:<br/>0,25 mg/mL frasco-ampola 50 mL</p> <p>Código AGHU: 289114</p> | <p>Angina instável ou infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST para prevenir ocorrência de eventos cardíacos isquêmicos. Síndromes coronárias isquêmicas, submetidos à angioplastia ou aterectomia para prevenir a ocorrência de complicações coronarianas isquêmicas.</p> | <p>Requisitos: Apresentação de formulário de solicitação de medicamento de uso restrito devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo <i>Staff</i> da Unidade Cardiovascular.</p> <p>Dispensação: Deve ser dispensado no balcão de atendimento da farmácia mediante solicitação da enfermagem ou equipe médica, no momento da administração. Anotar no formulário de solicitação de medicamento de uso restrito no momento da dispensação a data, o horário, a quantidade dispensada e assinatura do responsável pela dispensação. <u>A infusão é mantida por 36 horas (Total de 3 frascos).</u></p>   |

| MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO CUJA DISPENSAÇÃO NÃO REQUER O PREENCHIMENTO DO “FORMULÁRIO DE MEDICAMENTOS – USO RESTRITO” |  |   |
|---|--|---|
| MEDICAMENTO   | PRINCIPAIS INDICAÇÕES                                      | DESCRIÇÃO DA ROTINA PARA DISPENSAÇÃO  |
| Cafeína, citrato  | Tratamento de apneia primária de recém-nascidos prematuro. | Requisito: Prescrição no AGHU, uso exclusivo Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. |



|   |  |   |
|---|--|---|
| <p>Apresentação: 20mg/mL<br/>solução injetável,<br/>ampola 1mL</p> <p>Código AGHU: 514908</p>   |  | <p>Dispensação: Deve ser dispensado no balcão de atendimento da farmácia mediante solicitação da enfermagem ou equipe médica, no momento da administração e na prescrição médica.</p>   |
| <p><b>Misoprostol</b><br/><b>25 mcg e 200 mcg</b></p> <p>Apresentação:<br/>25 mcg<br/>Código AGHU: 272320<br/>25 mcg (Programas Assistenciais)<br/>Código AGHU: 517386</p> <p>200 mcg<br/>Código AGHU: 172707<br/>200 mcg (Programas Assistenciais)<br/>Código AGHU: 517384</p> | <p>Indução do parto a termo ou próximo ao termo;</p> <p>Casos em que esteja indicado interromper a gestação em torno das 30 semanas;</p> <p>Indução de parto com feto morto antes das 30 semanas;</p> <p>Aborto legal;</p> <p>Hemorragia pós-parto</p> | <p>Requisitos: Necessário estar prescrito no AGHU como medicamento não-padronizado. Atenção: para dispensação, as doses anteriores devem estar checadas na prescrição da enfermagem. A checagem deve realizada pelo médico que faz a administração. Necessário apresentar prescrição impressa com a checagem.</p> <p>Dispensação: Deve ser dispensado no balcão de atendimento da farmácia central mediante solicitação da enfermagem ou equipe médica, no momento da administração. Liberar apenas a dose do horário. Essa medicação não é dispensada pela prescrição junto com os demais medicamentos. No ato da dispensação, anotar na ficha de controle (armário de psicotrópico) a data, nome da paciente, registro geral hospitalar, CRM do Médico prescrito, a quantidade dispensada e assinatura do responsável pela dispensação. A dispensação acontece através de Requisição de Materiais no AGHU e é condicionada à presença de prescrição no aplicativo AGHU.</p> <p><u>Centro Cirúrgico:</u> Na hemorragia pós-parto, normalmente a paciente está no centro cirúrgico e os comprimidos são dispensados pela farmácia satélite do BC (URGÊNCIA). A farmácia satélite do BC exige a receita em talonário branco para a dispensação e após o procedimento o médico deve prescrever no AGHU para dispensação na prescrição médica da paciente que fez uso.</p> |
| <p><b>Oseltamivir, fosfato</b></p> <p>Apresentação:<br/><br/>30 mg cápsula<br/>Código AGHU (Programas Assistenciais): 517300</p> <p>45 mg cápsula<br/>Código AGHU (Programas Assistenciais): 517388</p>   | <p>Tratamento e profilaxia de gripe em adultos e crianças com idade superior a 1 ano.</p>  | <p>Requisitos: Necessário estar prescrito no AGHU como medicamento não-padronizado Necessário a receita branca, informar ao NUVE. Preencher o protocolo de dispensação em pasta física na Farmácia Central. Atentar para os formulários de tratamento e quimioprofilaxia, que são diferentes quanto a posologia e tempo de tratamento.</p> <p>Dispensação: Na primeira dispensação preencher o Protocolo de Dispensação de Oseltamivir e arquivar em pasta própria na Farmácia Central. A liberação é feita por solicitação no balcão de atendimento, sendo liberada apenas a dose do horário.</p> <p>OBS: O HC-UFTM possui estoque regulador do Oseltamivir, fornecido pela SES-MG.</p>  |

|   |   |   |
|---|---|---|
| <p>75 mg cápsula<br/>Código AGHU<br/>(Programas<br/>Assistenciais): 517394</p>  |   |   |
| <p><b>Pirimetamina</b><br/><br/>Apresentação:<br/>25 mg comprimido<br/><br/>Código AGHU<br/>(Programas<br/>Assistenciais): 517386</p> | <p>Indicado na prevenção e tratamento da malária causada por cepas sensíveis de <i>Plasmodium falciparum</i> e no tratamento da toxoplasmose congênita ou adquirida, causada pelo <i>Toxoplasma gondii</i>.</p> | <p>Requisito: Assim que identificada a prescrição de pirimetamina, a farmácia deve acionar o NUVE. Após confirmar a notificação, a farmácia solicita a receita branca da instituição ao médico prescritor e encaminha ao NUVE por e-mail (nuve.htm@ebserh.gov.br). O NUVE acionará a Vigilância Epidemiológica Estadual e apresentará a documentação necessária (receita, ficha de notificação do SINAM e exames). Assim que o medicamento estiver liberado pela SES-MG, a farmácia será comunicada por e-mail. Agendar transporte para retirar a medicação na SES-MG. A medicação deverá ser entregue na Unidade de Abastecimento Farmacêutico (UAF) para entrada e fracionamento. Assim que disponível para dispensação, avisar a unidade de internação do paciente que a medicação se encontra disponível para tratamento. A receita médica conta ainda com a prescrição de sulfadiazina e ácido fólico, que são dispensados do estoque do HC, pois não há fornecimento destas medicações pela SES-MG. Caso a prescrição aconteça em finais de semana ou feriados, passar no plantão e realizar no primeiro dia útil após o início da prescrição.</p> <p>Dispensação: Dispensado na prescrição médica junto às demais medicações. Caso a farmácia possua pirimetamina remanescente em seu estoque, a dispensação em atendimento à prescrição ocorrerá normalmente até aquisição oriunda da SES-MG.</p> <p>OBS: Caso a farmácia não tenha estoque remanescente, o médico deverá aguardar até a chegada do medicamento para iniciar o tratamento. Paciente da UDIP, a pirimetamina deverá ser dispensada pela Farmácia do SICLOM. Informar ao SICLOM nome do paciente. O medicamento será disponibilizado pelo SICLOM para o paciente e deverá ser prescrito durante o período de internação como medicamento próprio do paciente.</p> <p>Formulário de Solicitação de Medicamentos para tratamento de Toxoplasmose.<br/><a href="https://drive.google.com/file/d/1RL8zVH2cwTUh-AwlapBmxl4wE_fmjV6c/view">https://drive.google.com/file/d/1RL8zVH2cwTUh-AwlapBmxl4wE_fmjV6c/view</a>.</p> <p>Link acesso ao checklist liberação de medicamentos para toxoplasmose:<br/><a href="https://drive.google.com/file/d/1aMr1tbC4VwKwKzjBPjBonvFMROX7kGEM/view">https://drive.google.com/file/d/1aMr1tbC4VwKwKzjBPjBonvFMROX7kGEM/view</a></p> |
| <p><b>Esquema RIPE</b><br/><br/>Apresentação:</p>   | <p>Tratamento de tuberculose pulmonar e extrapulmonar, na fase inicial intensiva do tratamento.</p>   | <p>Requisito: Assim que identificada a prescrição de esquema RIPE para paciente, a farmácia deve acionar o Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NUVE) para confirmar a notificação. Necessário estar prescrito no AGHU como medicamento não-padronizado.</p>  |



|   |   |  |
|---|---|--|
| <p>Rifampicina 150mg/<br/>Isoniazida 75mg/<br/>Pirazinamida 400mg/<br/>Etambutol 275mg<br/>Comprimido</p> <p>Código do AGHU<br/>(Programas<br/>Assistenciais):<br/>517391</p> |   | <p>Dispensação: Na primeira dispensação preencher o Protocolo de Dispensação de esquema RIPE e arquivar em pasta própria na Farmácia Central. A liberação é feita por solicitação no balcão de atendimento da farmácia, sendo liberada apenas a dose do horário.</p> <p>OBSERVAÇÕES:</p> <p>1) O HC-UFTM possui estoque regulador do esquema RIPE fornecido pela SES-MG.<br/>2) Medicamentos do esquema RIPE, quando prescritos em monodroga, em esquemas/dosagens especiais, devem seguir os trâmites de solicitação via SES-MG. Assim que identificada a prescrição, a farmácia deve acionar o NUVE. Após confirmar a notificação, a farmácia solicita a receita ao médico prescritor e encaminha ao NUVE por e-mail (nuve.hctm@ebserh.gov.br). O NUVE acionará a Vigilância Epidemiológica Estadual e apresentará a documentação necessária (receita, notificação SINAM e exames). Assim que o medicamento estiver liberado, o Setor de Farmácia será avisado. Agendar o transporte para retirar a medicação na SES-MG. A medicação deverá ser entregue na UAF para entrada e fracionamento. Assim que disponível para dispensação, avisar a unidade de internação do paciente. Na primeira dispensação preencher o Protocolo de Dispensação na mesma pasta do esquema RIPE. Caso a prescrição aconteça em finais de semana ou feriados, passar no plantão e realizar no próximo dia útil. A liberação é feita por solicitação no balcão de atendimento da farmácia, sendo liberada apenas a dose do horário.</p> |
| <p><b>Esquema RI</b></p> <p>Apresentação:<br/>Rifampicina 150 mg/<br/>Isoniazida 75 mg<br/>Cápsula</p> <p>Código do AGHU<br/>(Programas<br/>Assistenciais):<br/>518304</p>    | <p>Tratamento de diversas formas de tuberculose causadas por bactérias sensíveis.</p> | <p>Requisito: Assim que identificada a prescrição de esquema RI para paciente, a farmácia deve acionar o NUVE. Após confirmar a notificação, a farmácia solicita a receita ao médico prescritor e encaminha ao NUVE por e-mail (nuve.hctm@ebserh.gov.br). O NUVE acionará a Vigilância Epidemiológica Estadual e apresentará a documentação necessária (receita, notificação SINAM e exames). Assim que o medicamento estiver liberado, o Setor de Farmácia será avisado por e-mail para retirar a medicação. Agendar o transporte para retirar a medicação na SES-MG. A medicação deverá ser entregue na UAF para entrada e fracionamento. Assim que disponível para dispensação, avisar a unidade de internação do paciente. Caso a prescrição aconteça em finais de semana ou feriados, passar no plantão e realizar no primeiro dia útil após o início da prescrição.</p> <p>OBS: Caso a farmácia possua esquema RI remanescente em seu estoque, a dispensação ocorrerá normalmente pelo AGHU na prescrição médica até aquisição na SES-MG. Caso a farmácia não tenha estoque remanescente, o médico deverá aguardar até a chegada o medicamento para iniciar o tratamento.</p>  |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | <p>Na primeira dispensação preencher o Protocolo de Dispensação de esquema RI e arquivar em pasta própria, mesma pasta do esquema RIPE. A dispensação é feita por solicitação no balcão de atendimento da farmácia, sendo liberada apenas a dose do horário.</p> <p>Atenção: Os esquemas RI precisam ser identificados e separados na área da dispensação com os dados do paciente.</p>   |
| <p><b>Sildenafil, citrato</b></p> <p>Apresentação:<br/>25 mg comprimido<br/>Código AGHU: 273981</p> <p>1mg/mL solução oral<br/>Código AGHU: 289113</p> | <p>Hipertensão arterial pulmonar idiopática em crianças.</p> | <p>Requisitos: Necessário estar prescrito no AGHU.</p> <p>Dispensação: Deve ser dispensado no balcão de atendimento da farmácia mediante solicitação da enfermagem ou equipe médica, no momento da administração. Dispensar apenas a dose do horário na prescrição médica no AGHU. Essa medicação não é dispensada junto aos demais medicamentos. Na falta da solução oral, pode ser dispensado o comprimido na prescrição médica no aplicativo AGHU.</p> |

| MEDICAMENTOS DE USO RESTRITO CUJA DISPENSAÇÃO REQUER O PREENCHIMENTO DO “FORMULÁRIO DE MEDICAMENTOS – USO RESTRITO” |   |   |
|---|---|---|
| MEDICAMENTO   | PRINCIPAIS INDICAÇÕES   | DESCRIÇÃO DA ROTINA PARA DISPENSAÇÃO  |
| <p><b>Etonogestrel</b></p> <p>Apresentação:<br/>Implante subdérmico<br/>68mg</p> <p>Código AGHU: 514894</p>         | <p>Anticoncepção</p>  | <p>Requisitos: Necessário o preenchimento do formulário específico FORM.UFC.012 disponível em:<br/><a href="https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/gestao-a-vista/gas/setor-de-farmacia-hospitalar/publicacoes/formulario-012-implante-etonogestrel.pdf">https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/gestao-a-vista/gas/setor-de-farmacia-hospitalar/publicacoes/formulario-012-implante-etonogestrel.pdf</a></p> <p>Dispensação: Deve ser dispensado no balcão de atendimento da farmácia mediante solicitação da enfermagem ou equipe médica. O Implante de Etonogestrel deverá estar prescrito no AGHU e a aplicação ocorrerá na Unidade Assistencial da Ginecologia, na enfermaria do Hospital da Mulher ou no Ambulatório Maria da Glória. Armazenar o formulário em pasta própria, na sala administrativa.</p> |
| <p><b>Octreotida</b></p> <p>Apresentação:<br/>0,05 mg ampola 1 mL<br/>Código AGHU: 213640</p>                       | <p>Controle emergencial para cessar o sangramento e proteger contra o ressangramento causado por varizes gastroesofágicas em pacientes com cirrose;</p> <p>Prevenção de complicações após cirurgia pancreática.</p> | <p>Requisito: Necessário o preenchimento do formulário específico FORM.UFC.001 disponível em:</p>   |



|   |   |   |
|---|---|---|
| <p>0,1 mg ampola 1 mL<br/>Código AGHU: 213659</p> <p>0,5 mg ampola 1 mL<br/>Código AGHU: 289110</p>   |   | <p><a href="https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/gestao-a-vista/gerencia-de-atencao-a-saude/setor-de-farmacia-hospitalar/publicacoes/formulario_001_solicitacao_octreotida_versao_3.pdf">https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/gestao-a-vista/gerencia-de-atencao-a-saude/setor-de-farmacia-hospitalar/publicacoes/formulario_001_solicitacao_octreotida_versao_3.pdf</a></p> <p>Dispensação: Conferir o preenchimento do formulário, indicação, posologia e prescrição no AGHU. Pasta física específica para octreotida. Dispensado na prescrição médica junto às demais medicações.</p>  |
| <p><b>Terlipressina, acetato</b></p> <p>Apresentação:<br/>1 mg pó líofilo – frasco ampola</p> <p>Código AGHU: 273427</p>                    | <p>Tratamento de urgência das hemorragias digestivas por varizes esofágicas e ao tratamento de urgência da síndrome hepatorenal.</p>  | <p>Requisito: Necessário o preenchimento do formulário FORM.UFC.002, para a indicação de Síndrome hepatorenal, disponível em:</p> <p><a href="https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/gestao-a-vista/gerencia-de-atencao-a-saude/setor-de-farmacia-hospitalar/publicacoes/formulario-002-terlipressina-shr.pdf">https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/gestao-a-vista/gerencia-de-atencao-a-saude/setor-de-farmacia-hospitalar/publicacoes/formulario-002-terlipressina-shr.pdf</a></p> <p>Requisito: Necessário o preenchimento do formulário FORM.UFC.003, para a indicação de Hemorragia Digestiva Alta, na falha ou indisponibilidade da Octreotida, disponível em:</p> <p><a href="https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/gestao-a-vista/gerencia-de-atencao-a-saude/setor-de-farmacia-hospitalar/publicacoes/formulario-003-terlipressina-hda.pdf">https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/gestao-a-vista/gerencia-de-atencao-a-saude/setor-de-farmacia-hospitalar/publicacoes/formulario-003-terlipressina-hda.pdf</a></p> <p>Dispensação: Conferir o preenchimento do formulário, indicação, posologia e prescrição no AGHU. Cada dispensação deve ser registrada no formulário. Anotar no quadro os dados do paciente. Deve ser dispensado no balcão de atendimento da farmácia, por horário, mediante solicitação da enfermagem ou equipe médica, no momento da administração.</p> <p>A terlipressina não é dispensada junto aos demais medicamentos do paciente.</p> |
| <p><b>Selante de Fibrina (fibrinogênio, aprotinina, trombina)</b></p> <p>Apresentação:<br/>Kit 2,0 mL ou 4mL</p> <p>Código AGHU: 512914</p> | <p>Tratamento de suporte e nas áreas cirúrgicas: Adesão de tecido; Suporte para sutura; Hemostasia; Cuidado da ferida cirúrgica; Selagem de cavidades corporais e espaços subaracnóideas.</p> | <p>Requisitos: Preenchimento de formulário próprio de dispensação no centro cirúrgico para as especialidades neurocirurgia e cirurgia cardíaca. Demais especialidades cirúrgicas é necessário o preenchimento do formulário de solicitação de medicamento de uso restrito devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo <i>Staff</i>.</p> <p>Quando solicitado no Serviço de Hemodinâmica, é necessário estar prescrito (prescrição manual), preenchimento formulário de solicitação de medicamento de uso restrito com justificativa de uso contendo a identificação do paciente, previsão de consumo, assinado e carimbado pelo <i>Staff</i>.</p>   |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | <p>Dispensação: Deve ser dispensado no balcão mediante solicitação da enfermagem ou equipe médica, no momento da administração.</p>   |
| <p><b>Solução para Conservação de Órgãos (histidina, triptofano e alfa-Cetoglurato)</b><br/>Custodiol®</p> <p>Apresentação:<br/>HTK – Solução para perfusão estéril e apirogênica – bolsa 1000 mL</p> <p>Código AGHU: 289173</p> | <p>Solução para preservação do fígado, rins, pâncreas, intestinos e coração.</p> | <p>Requisitos: Preenchimento de formulário próprio de dispensação no centro cirúrgico para as especialidades de captação e transplante de órgãos e cirurgia cardíaca.</p> <p>Dispensação: Deve ser dispensado no balcão de atendimento da farmácia satélite do BC mediante solicitação da enfermagem ou equipe médica, no momento da administração. Quando sinalizado pela Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante, a possibilidade dos procedimentos, o Setor de Farmácia é informado pelas chefias e pelo Centro Cirúrgico. Para procedimentos de captação de rins, dose usual de até duas bolsas para cada rim.</p> <p>No desabastecimento de IGL-1, dose usual 5 bolsas 1000mL de HTK para o fígado. Para captação de coração, verificar com a chefia se o Serviço de Captação de referência trará a solução conservante ou se usará o HTK do estoque do HC.</p> <p>Observação: padronizado para as cirurgias cardíacas, 2 bolsas de 1000mL por cirurgia, nos casos de: <u>reoperação de troca valvar</u>; <u>correção cirúrgica de aneurisma de aorta ou Bentall</u>; <u>correção cirúrgica de dissecação de aorta</u>; mediante disponibilidade de recursos para o estoque da especialidade. Consultar a disponibilidade com os farmacêuticos.</p> |
| <p><b>Solução de conservação IGL1</b></p> <p>Apresentação:<br/>Sódio 120 mmol/L e Potássio 25 mmol/L – ph 7,4 – Solução de 290 mosm/kg – bolsa 1000 mL</p> <p>Código AGHU: 512908</p>  | <p>Solução para preservação de órgãos abdominais.</p>                            | <p>Requisitos: Preenchimento de formulário próprio de dispensação no centro cirúrgico, exclusivamente para conservação do fígado.</p> <p>Dose usual: 5 bolsas 1000 mL por órgão.</p> <p>Dispensação: Deve ser dispensado no balcão de atendimento da farmácia satélite do BC mediante solicitação da enfermagem ou equipe médica, no momento da administração.</p>  |
| <p><b>Solução de Eletrólitos Plasma Lyte®</b></p> <p>Apresentação:</p>   | <p>Indicado como fonte de água e eletrólitos ou como agente alcalinizante.</p>   | <p>Requisitos: Preenchimento de formulário próprio de dispensação no centro cirúrgico, exclusivo para a especialidade de cirurgia cardíaca.</p>   |

|  |  |   |
|--|--|---|
| <p>Cloreto de Sódio 5,26 mg/mL; Gliconato de Sódio 5,02 mg/mL; Acetato de Sódio triidratado 3,68 mg/mL; Cloreto de Potássio 0,37 mg/mL; Cloreto de Magnésio 0,3 mg/mL – bolsa 500 mL.</p> <p>Código AGHU: 514590</p> |  | <p>Dispensação: Deve ser dispensado no balcão de atendimento da farmácia satélite do BC mediante solicitação da enfermagem ou equipe médica, no momento da administração.</p>   |
| <p><b>Sugamadex</b></p> <p>Apresentação:<br/>100mg/mL, frasco-ampola 2mL injetável</p> <p>Código AGHU: 291786</p>  | <p>Reversão do bloqueio neuromuscular induzido por rocurônio ou vecurônio.</p> | <p>Requisitos: Preenchimento de formulário próprio de dispensação na Farmácia Satélite do centro cirúrgico.</p> <p>Dispensação: Deve ser dispensado no balcão de atendimento da farmácia satélite do BC mediante solicitação da enfermagem ou equipe médica, no momento da administração.</p> |

