

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA

Nº _____

Belém - Pa, ____ de _____ de 2015.

TERMO DE BAIXA

Aos ____ dias do mês de _____ do ano de 2015,

nesta cidade de _____

, sob a Comissão composta por _____

_____ (Coordenador da UDME _____) e _____

_____ (Farmacêutico),

procedeu-se o encaminhamento para o processo de inutilização

dos medicamentos, por validade expirada, discriminados abaixo.

O gerenciamento de resíduos será executado por Empresa

credenciada, conforme Resolução (ANVISA) RDC nº 306 de 07

de dezembro de 2004.

DESCRIÇÃO	Apres.	Lote	Val.	Qtde

NOME DO FARMACÊUTICO

Farmacêutico - CRF PA:

NOME DO COORDENADOR

Coordenador da UDME

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ

Secretaria de Estado de Saúde Pública

	CONTROLE E TRATAMENTO DE NÃO-CONFORMIDADES		
	Nº _____		
Setor:	NF:	EMPENHO:	
Recebido por:		EMPRESA:	
Descrição da não conformidade (Logística):			
Assinatura:		Data:	
Ação a ser tomada de forma imediata pelo Gerente do Núcleo para lançamento no sistema:			
Ação Preventiva/Corretiva perante fornecedor.		Prazo:	
Assinatura:		Data:	

NOTA TÉCNICA Nº 02/2014 - DEAF/SESPA

DISTRIBUIÇÃO DE INSUMOS TERMOLÁBEIS NO ESTADO DO PARÁ

Considerando que o Estado do Pará envia regularmente medicamentos e congêneres aos 13 Centos Regionais de Saúde. Considerando que dentre estes há aqueles denominados termolábeis, que são sensíveis a condições extremas de temperatura, necessitando, portanto serem conservados nas temperaturas de 02 a 08°C ou ainda 08 a 25°C para que não venham a sofrer alterações em suas propriedades originais. Considerando as particularidades geográficas do estado do Pará, que possui dimensões continentais e locais que somente são acessados por meio fluvial ou aéreo. Informamos por meio deste que, a partir da publicação desta Nota Técnica todo envio de material termolábil por parte da SESPA deverá seguir as orientações abaixo:

1. Os volumes só serão coletados as segundas e terças-feiras, podendo este prazo se estender às quartas-feiras dependendo do destino e forma de transporte (aéreo ou rodoviário) para minimizar o risco de que estes insumos permaneçam no centro de distribuição da transportadora durante o final de semana.

2. Todos os códigos de postagem deverão ser informados à coordenação responsável por email, para que esta também

possa acompanhar o envio, e repassar esta informação ao destino final.

3. A responsabilidade de conservação adequada deste tipo de material é compartilhada, ou seja, quem envia deve garantir a conservação pelo tempo de transporte, mas também quem recebe deve acompanhar todo o trajeto pelo site da transportadora através do código de postagem, e deverá providenciar que sempre haja um servidor responsável pelo recebimento do material, para que não haja risco de perda do mesmo.

4. Caso venha a ser detectado no recebimento por meio de medição de temperatura que a mesma não corresponde ao padronizado (02 a 08°C ou ainda 08 a 25°C), este material deverá ser segregado e identificado dentro de área climatizada ou refrigerada, conforme especificação, e deve ser encaminhado documento oficial por email ou em meio físico para a Coordenação de Apoio Logístico da SESPA, no email cdsespa@gmail.com, ou no endereço do Centro de Distribuição (BR 316, KM 10, Nº 3651, CEP 67.200-970, Marituba/PA, telefone 91 3255-9735).

5. No caso de unidades ou Regionais que retiram termolábeis no Centro de distribuição, estas deverão levar seus próprios recipientes de conservação (isopores, caixas térmicas ou análogos), porém as bolsas de gelo reutilizável serão fornecidas.

6. Quaisquer questões não esclarecidas neste documento deverão ser encaminhadas à Coordenação de Apoio Logístico da SESPA - CALOG/DEAF nos contatos acima citados.

Hélio Franco de Macedo Júnior

Secretário de Estado de Saúde Pública

FARMÁCIA AMBULATORIAL DE MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS - APAC

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA

Departamento de Assistência Farmacêutica

DECLARAÇÃO

Eu, _____

_____, RG _____,

declaro que o (a) _____

_____, RG _____, residente em _____

_____, número de telefone _____,

é meu representante legal para retirada do(s) medicamento(s) _____.

BELÉM, _____ DE _____ DE 20____.

Assinatura do Paciente

Assinatura do Representante

Assinatura da Testemunha

Protocolo 799146

BELEM - PA			
SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE PUBLICA DO PARÁ - SESPA		Segunda-feira 26 Janeiro 2015	
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - DEAF		Página 1 de	4
CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO - CAF			
CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO - CAF/SESPA			

UF	Medicamento	Composição	Antecipação
PA	ABATACEPTE 250 MG PÓ P/ SUSP INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	NÃO
PA	ÁCIDO NICOTÍNICO 250 MG COMP DE LIB PROL GRUPO 2	NÃO	NÃO
PA	ÁCIDO NICOTÍNICO 500 MG COMP DE LIB PROL GRUPO 2	NÃO	NÃO

PA	ÁCIDO NICOTÍNICO 750 MG COMP DE LIB PROL GRUPO 2	NÃO	NÃO
PA	ACITRETINA 10 MG CAP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	ACITRETINA 25 MG CAP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	ADALIMUMABE 40 MG/ML SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	ADEFOVIR 10 MG COMP GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	ALFADORNASE 2,5 MG AMP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	ALFAEPOETINA 10.000 UI SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	ALFAEPOETINA 2.000 UI SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	ALFAEPOETINA 3.000 UI SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	ALFAEPOETINA 4.000 UI SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	ALFAINTERFERONA 2B 10.000.000 UI PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	ALFAINTERFERONA 2B 3.000.000 UI PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	ALFAINTERFERONA 2B 5.000.000 UI PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	ALFAPEGINTERFERONA 2A 180 MCG SOL INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	ALFAPEGINTERFERONA 2B 100 MCG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	ALFAPEGINTERFERONA 2B 120 MCG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	ALFAPEGINTERFERONA 2B 80 MCG PÓ LIOF INJ (FR-AMP) GRUPO 1.A	NÃO	SIM
PA	AMANTADINA 100 MG COMP GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	AMBRISENTANA 10 MG COMP REV GRUPO 1.B	NÃO	NÃO
PA	AMBRISENTANA 5 MG COMP REV GRUPO 1.B	NÃO	SIM
PA	ATORVASTATINA 10 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	ATORVASTATINA 20 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	BECLOMETASONA 200 MCG CAP INAL (FR DE 100 DOSES) GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	BECLOMETASONA 250 MCG SPRAY (FR DE 200 DOSES) (INATIVO) GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	BECLOMETASONA 400 MCG PÓ INAL (FR DE 100 DOSES) GRUPO 2	NÃO	SIM
PA	BETAINTERFERONA 1A 12.000.000UI (44MCG) SOL INJ (SER PREENC) GRUPO 1.A	NÃO	SIM