

MODELOS DE NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

MODELO EXPLICATIVO PARA PREENCHIMENTO

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		Medicamento ou Substância	
UF/Estado -----> Impressão pela Gráfica Numeração concedida pela DIVISA	UF: AL NÚMERO: 0.001.08	DADOS IMPRESSOS PELA GRÁFICA Nome do Profissional, CR_/AL e endereço; Nome da Instituição ou SMS, CNPJ e endereço.		<-----Nome do medicamento ou substância conforme DCB Ex: Diazepam	
de _____ de _____		Paciente: _____		<----- Quantidade e forma farmacêutica. Ex: 03 (três) cx / comprimidos	
Assinatura do Prescritor, e carimbo quando não constar CR_/AL no campo "Identificação do emitente"----->		Endereço: _____		<----- Dose p/ unidade Ex: comp 10mg	
Assinatura do Emissor		Assinatura do Emissor		<----- Dose diária Ex: 1cp 12/12h	
Dados do comprador -----> Preenchido no farmácia/drogaria		IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		CARIMBO DO FORNECEDOR	
		Nome: _____		Nome do Vendedor _____ / _____	
		Endereço: _____		Data _____ / _____ / _____	
		Telefone: _____		Numeração desta impressão: de 0.001.08 a 0.500.08	
		Identidade Nº: _____ Órgão Emissor: _____		Impressão pela Gráfica	
		Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CGC			
		PREENCHIMENTO PRESCRITOR Nome e endereço completos do paciente			

Devem estar sempre com todos seus campos imprescindíveis devidamente preenchidos pelo prescritor para que o paciente possa adquirir o medicamento ou a fórmula magistral.

Dados que devem ser impressos pela Gráfica na Notificação de Receita:

Sigla da Unidade Federativa (Sigla do Estado)

Número da notificação de receita: composta de número de cada notificação, de ordem seqüencial, fornecido pela DIVISA ao profissional que possui um consultório médico ou uma Clínica, bem como a Hospital, instituição ou Secretarias de saúde.

A gráfica deverá fazer constar no rodapé de cada folha, nome e endereço completos e CGC ou CNPJ da Gráfica, e **a numeração seqüencial autorizada pela DIVISA** (Exemplo: **0.001.08 a 0.500.08**, sendo **0.001=numero seqüencial e 08=ano de liberação**).

Campo do emitente: estes dados devem ser impressos pela gráfica constando - nome e endereço completos do médico e sua inscrição no Conselho Regional.

Quando o emitente for um hospital, clínica ou da instituição deverá fazer constar CNPJ, nome e endereço dos mesmos.

Dados a serem preenchidos pelo médico ou profissional:

Nome e endereço completos do paciente – preenchido pelo profissional;

Nome da substância ou do medicamento, sob forma de DCB (genérico), quantidade, forma farmacêutica e apresentação;

Data de emissão – data em que o profissional preencheu a notificação.

Assinatura – quando o profissional estiver utilizando a Notificação do Hospital ou clínicas, deverá identificar a assinatura com carimbo contendo CRM, CRMV ou CRO. Quando no carimbo estiver impresso o nome do profissional e n.º do CRM, CRMV ou CRO, não é necessário assinar no campo emitente, apenas no campo "Assinatura do emitente".

Dados a serem preenchidos pela farmácia:

Identificação do comprador – dados do comprador;

Identificação do fornecedor – identificação do estabelecimento, nome do responsável pelo aviamento e data.

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA **A** (DE COR AMARELA)

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA UF NÚMERO A Data ____ de ____ de ____	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE 	ESPECIALIDADE FARMACÊUTICA Nome: _____ Quantidade e Apresentação _____ Forma Farm. Concent. /Unid. Posologia _____
Paciente _____ Assinatura do Emissor _____ Endereço _____		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR Nome _____ ____/____/____ Data
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome: _____ Endereço: _____ Identidade Nº: _____ Órgão Emissor: _____ Telefone: _____		
Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CGC		

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA **B** (DE COR AZUL)

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA UF NÚMERO B ____ de ____ de ____	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Medicamento ou Substância</td></tr> <tr><td>Quantidade e Forma Farmacêutica</td></tr> <tr><td>Dose por Unidade Posológica</td></tr> <tr><td>Posologia</td></tr> </table>	Medicamento ou Substância	Quantidade e Forma Farmacêutica	Dose por Unidade Posológica	Posologia
Medicamento ou Substância						
Quantidade e Forma Farmacêutica						
Dose por Unidade Posológica						
Posologia						
Paciente: _____ Endereço: _____ Assinatura do Emissor _____		CARIMBO DO FORNECEDOR Nome do Vendedor _____ ____/____/____ Data				
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome: _____ Endereço: _____ Telefone: _____ Identidade Nº: _____ Órgão Emissor: _____		Numeração desta impressão: de ____ a ____				
Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CGC						

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA **B (VETERINÁRIA)** (DE COR AZUL)

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA UF NÚMERO B Nome: _____ Espécie: _____ Raça: _____ Porte: _____ Proprietário: _____ Endereço: _____	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Medicação ou Substância</td></tr> <tr><td>Quantidade e Apresentação</td></tr> <tr><td>Forma Farm./Concentração por Unidade</td></tr> </table>	Medicação ou Substância	Quantidade e Apresentação	Forma Farm./Concentração por Unidade
Medicação ou Substância					
Quantidade e Apresentação					
Forma Farm./Concentração por Unidade					
____ de ____ de 19 ____		Veterinário C.R.M.V. _____			
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome: _____ Endereço: _____ Identidade Nº: _____ Órgão Emissor: _____ Telefone: _____	IDENTIDADE DO FORNECEDOR Nome _____ ____/____/____ Data	Numeração desta impressão: de ____ a ____			
Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CGC					

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA **B2** (DE COR AZUL)

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA UF _____ NÚMERO _____ B2		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE 		Medicamento ou Substância 	
_____ de _____ de _____ Paciente: _____ Endereço: _____ Assinatura do Emissor: _____		Quantidade e Forma Farmacêutica 		Dose por Unidade Posológica 	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome: _____ Endereço: _____ Telefone: _____ Identidade Nº: _____ Órgão Emissor: _____		CARIMBO DO FORNECEDOR 			
Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CGC		Nome do Vendedor _____ / / _____ Data _____ / _____ / _____ Numeração desta impressão: de _____ a _____			

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: center; padding: 2px;">IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</th> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Nome Completo: _____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">CRM _____ UF _____ Nº _____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Endereço Completo e Telefone: _____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Cidade: _____ UF: _____</td> </tr> </table>	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	Nome Completo: _____	CRM _____ UF _____ Nº _____	Endereço Completo e Telefone: _____	Cidade: _____ UF: _____	1ª VIA FARMÁCIA 2ª VIA PACIENTE				
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE										
Nome Completo: _____										
CRM _____ UF _____ Nº _____										
Endereço Completo e Telefone: _____										
Cidade: _____ UF: _____										
Paciente: _____ Endereço: _____ Prescrição: _____ _____ _____ _____ _____ _____										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: center; padding: 2px;">IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</th> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Nome: _____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Ident.: _____ Órg. Emissor: _____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">End.: _____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Cidade: _____ UF: _____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Telefone: _____</td> </tr> </table>	IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	Nome: _____	Ident.: _____ Órg. Emissor: _____	End.: _____	Cidade: _____ UF: _____	Telefone: _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: center; padding: 2px;">IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</th> </tr> <tr> <td style="height: 100px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: _____ / _____ / _____</td> </tr> </table>	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR		ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: _____ / _____ / _____
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR										
Nome: _____										
Ident.: _____ Órg. Emissor: _____										
End.: _____										
Cidade: _____ UF: _____										
Telefone: _____										
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR										
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: _____ / _____ / _____										

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL PARA RETINÓIDES

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL RETINÓIDES SISTÊMICOS (Verificar Termo de Conhecimento) UF: _____ NÚMERO: _____ Data ____ de ____ de ____	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE Paciente: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Prescrição: Inicial ☐ Subsequente ☐ Endereço: _____	ESPECIALIDADE / SUBSTÂNCIA Nome ☐ Isotretinoína ☐ Tretinoína ☐ Acitretina Posologia: _____	 GRAVIDEZ PROIBIDA Risco de graves defeitos na face, nas orelhas, no coração e no sistema nervoso do feto.
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR Nome: _____ Endereço: _____ Identidade Nº: _____ Órgão Emissor: _____ Telefone: _____ Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CCG: _____		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR Nome: _____ Data: ____/____/____ Numeração desta impressão de _____ até _____	

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA PARA TALIDOMIDA

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA TALIDOMIDA UF: _____ NÚMERO: _____ Data ____ de ____ de ____	IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO Nome: _____ Endereço: _____ Especialidade: _____ C.R.M.: _____ C.P.F.: _____ Assinatura do Emitente/Carimbo: _____	IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO TALIDOMIDA(100 mg) Quantidade (em algarismos arábicos e por extenso) em comprimidos: _____ dose diária _____ mg.
CID IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE Nº DA UNIDADE: _____ Nº DA INSC.PROG.: _____ DATA DE INSCRIÇÃO: _____	IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____ Fone: () _____ Endereço: _____ Doc. Identificação: _____ Tipo: _____ Org.Emissor: _____	DADOS SOBRE A DISPENSAÇÃO Quantidade (Comp.): _____ Nome do Dispensador: _____ Assinatura/Carimbo do Responsável Técnico: _____ Data da Dispensação: ____/____/____ Carimbo Padronizado da Unidade de Saúde
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL (SE FOR O CASO) Nome: _____ Endereço: _____ Fone: () _____ Doc. Identificação: _____ Tipo: _____ Org.Emissor: _____		

O profissional deve prescrever medicamentos ou substâncias, em seu receituário comum, porém esta **deverá** vir acompanhada da:

- Notificação de Receita “A” (oficial/amarela) para substâncias entorpecentes e medicamentos que as contenham;
- Notificação de Receita “B” (de cor azul) para substâncias e medicamentos psicotrópicos;
- Notificação de Receita “B2” (de cor azul) para substâncias psicotrópicas anorexígenas;
- Notificação de Receita Especial de “Retinóides” (de cor branca) utilizada para medicamentos retinóicos, uso sistêmico. Neste caso também deverá acompanhar o Termo de Conhecimento de Risco e o Termo de Consentimento Pós Informação, sendo que os dois termos tem a seguinte destinação: 1ª via – prontuário médico; 2ª via – farmácia ou drogaria; 3ª via – paciente;
- Notificação de Receita Especial de “Talidomida” (de cor branca) usada para medicamentos que contenham a substância Talidomida. Deverá acompanhar o Termo de esclarecimento e Termo de Consentimento para menores ou maiores de 55 anos, que deverá ser preenchido em 3 vias, com a seguinte destinação: 1ª paciente / 2ª médico/3ª farmácia (A Ser Repassada ao Fabricante).