



FUNDAÇÃO HOSPITALAR
GETÚLIO VARGAS

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO N° 3.1.004

Atividade: Dispensação de Medicamentos/Materiais do Programa DST-AIDS	Data de Emissão: 20/07/2015	Data da Revisão: 20/07/2016 21/01/2018 17/11/2019
	Data da Próxima revisão: 17/11/2021	

Responsável:
Farmacêutico/Enfermeiro /Médico

Objetivo:
Dispensar medicamentos/materiais do Programa DST-AIDS para os pacientes internados

Material necessário:

- Controle de dispensação de Cabergolina, Zidovudina inj e sol oral, e Fórmula Láctea (anexo 1);
- Controle de dispensação de Nevirapina (anexo 2);
- Controle de dispensação de Testes Rápidos (anexo 3);
- Recebimento de medicamentos Antirretrovirais e Testes Rápidos (anexo 4);
- Relatório de Fórmula Láctea e Cabergolina (transmissão vertical) (anexo 5);
- Prevenção da Transmissão Vertical - Relatório de Insumos (anexo 6);
- Relatório Mensal de Exposição Ocupacional/ Não Ocupacional (anexo 7)
- Prescrição médica com Evolução de Mãe HIV+;
- Memorando do Enfermeiro (Teste Rápido ou Fórmula Láctea)

Principais atividades	Responsável
<ul style="list-style-type: none">• São dispensados pela farmácia, para os setores: Centro Obstétrico e Maternidade, os seguintes medicamentos:<ul style="list-style-type: none">- Zidovudina 1%, 200ml, xarope;- Zidovudina 10mg/ml, injetável;- Cabergolina 0,5mg, comprimido;- Nevirapina 50mg/5ml, 240 ml, suspensão.E os seguintes materiais:<ul style="list-style-type: none">- Teste Rápido para HIV (dois laboratórios);- Teste Rápido para VDRL (Sífilis);- Teste Rápido HCV (Hepatite C);- Teste Rápido HBV (Hepatite B);Além da Fórmula Láctea tipo 1 (até 6 meses);	Técnico de enfermagem
<ul style="list-style-type: none">• O médico deve fazer a prescrição dos medicamentos para o paciente, com data, carimbo e assinatura.• O enfermeiro deve fazer memorando com a solicitação dos materiais para o paciente, com data, carimbo e assinatura.	Médico/ Enfermeiro
<ul style="list-style-type: none">• O técnico de enfermagem deve solicitar os medicamentos/materiais prescritos no balcão da farmácia.	Técnico de Enfermagem
<p>MEDICAMENTOS E FÓMULA LÁCTEA:</p> <ul style="list-style-type: none">• O auxiliar que receber os medicamentos acima, disponibilizados pelo SAE do município, deverá preencher todos os campos da planilha de Recebimento de Medicamentos Antirretrovirais e Testes Rápidos (anexo 1).• As planilhas de preenchimento (anexos 1, 2, 3 e 4) encontram-se na porta do armário de vidro destinado aos medicamentos e materiais do Programa DST-AIDS, na sala de separação de medicamentos.• Para a dispensação dos medicamentos acima descritos, deve-se preencher todos os campos da planilha de Controle de Dispensação de Cabergolina, Zidovudina Inj Sol Oral e Fórmula Láctea e da planilha Controle da Dispensação de NEVIRAPINA (anexos 2 e 4).	Auxiliar de farmácia

<ul style="list-style-type: none"> • Para a dispensação de Cabergolina, o médico deverá identificar na prescrição se o paciente é HIV positivo, devendo ser dispensado o medicamento Cabergolina fornecido pelo SAE (Serviço de Atenção Especializada) da Secretaria Municipal de Saúde, preenchendo-se os dados na planilha de Controle de Dispensação de Cabergolina, Zidovudina Inj e Sol Oral e Fórmula Láctea (anexo 4). • Além do lançamento em planilha deve-se realizar o lançamento no Sistema SIGH. • A exceção se dá para NEVIRAPINA 50MG/5ML 240 ML SUSPENSAO ORAL, que é fornecida por DOSE, com prescrição médica. Sendo a primeira dose fornecida nas primeiras 48hs do recém nascido. A segunda dose, 48hs após a primeira e a terceira dose, 96 horas após a segunda. Para recém nascidos com peso entre 1,5kg a 2kg, a dose é de 0,8ml e para recém nascidos com peso maior que 2kg, a dose será de 1,2ml. O medicamento deve ser lançado em planilha e no sistema somente quando houver abertura de novo frasco. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Para dispensação de Fórmula Láctea para a alta do recém-nascido, a enfermeira da unidade deve encaminhar memorando para farmácia com o nome da mãe e a quantidade de latas necessárias até a próxima retirada no ambulatório de infectologia. 	Enfermeiro
<ul style="list-style-type: none"> • O funcionário da farmácia deve dispensar a Fórmula Láctea e preencher a planilha de CONTROLE DE DISPENSAÇÃO DE CARBEGOLINA, ZIDOVUDINA INJ E SOL ORAL E FÓRMULA LÁCTEA, anexo 4. (Máximo de 4 latas por paciente). • Antes da liberação da Fórmula Láctea, o funcionário DEVE certificar-se das saídas anteriores dos medicamentos do Programa DST-AIDS. 	Auxiliar de farmácia
<p>TESTES RÁPIDOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os testes rápidos HIV/AIDS, VDRL (Sífilis), Teste Rápido HCV (Hepatite C) e Teste Rápido HBV (Hepatite B) são dispensados para o centro obstétrico através da solicitação do enfermeiro da unidade, via memorando, com data e assinatura. Poderá ser solicitando uma caixa de teste rápido HIV/AIDS e VDRL (Sífilis) e Kit do Teste Rápido HCV (Hepatite C) e Teste Rápido HBV (Hepatite B) para ser utilizado nas pacientes em atendimento, quando prescrito pelo médico. • Em casos de testes rápidos HIV/AIDS com resultado positivo, o teste rápido de contraprova (laboratório diferente do primeiro teste rápido utilizado) deverá ser solicitado pelo enfermeiro da unidade através de memorando com justificativa da solicitação, assinado e datado, para ser utilizado na paciente em atendimento, quando prescrito pelo médico. 	Enfermeiro
<ul style="list-style-type: none"> • O auxiliar que receber os testes rápidos (HIV/AIDS e VDRL/Sífilis, Teste Rápido HCV (Hepatite C) e Teste Rápido HBV (Hepatite B)), disponibilizados pelo SAE do município, deverá preencher todos os campos da planilha de Recebimento de Medicamentos Antirretrovirais e Testes Rápidos (anexo 1). • O auxiliar de farmácia deve dispensar a caixa de teste rápido HIV/AIDS, solicitada pela enfermeira do centro obstétrico e guardar o memorando no armário de vidro, em caixa identificada para guarda de memorandos dos testes rápidos, além de preencher todos os campos da planilha Controle de Dispensação de Testes Rápidos (HIV/AIDS e VDRL), anexo 3. • Ao dispensar o kit de teste rápidos (HIV/AIDS e VDRL/Sífilis, Teste Rápido HCV (Hepatite C) e Teste Rápido HBV (Hepatite B)), o memorando de solicitação deverá ser guardado no armário de vidro junto com os demais memorandos de teste rápido, além de preencher todos os campos da planilha Controle de Dispensação de Testes, anexo 3. • Haverá disponíveis caixas de testes rápidos HIV/contraprova identificadas na farmácia com os dizeres: “EM CASOS DE TESTES POSITIVOS – DISPENSAR TESTE HIV CONTRAPROVA”. O auxiliar de farmácia deverá dispensar um KIT de teste rápido por paciente somente para os casos em que o primeiro teste rápido tenha apresentado resultado positivo, contraprova. A dispensação será mediante memorando de solicitação assinado e datado pelo enfermeiro da unidade e pelo profissional que retirou o kit na farmácia. O auxiliar também deverá preencher todos os campos da planilha Controle de Dispensação de Testes Rápidos anexo 1. • Realizar o lançamento no Sistema. 	Auxiliar de farmácia

<ul style="list-style-type: none"> • O Farmacêutico deve elaborar relatório, a partir dos documentos e registros realizados, e enviá-lo mensalmente para o Farmacêutico responsável do ambulatório de infectologia, para reposição dos itens. 	Farmacêutico	
<p>Observações: Enviar, por e-mail, para o SAE o relatório do anexo 8 (testes rápidos) (istsapucaia@gmail.com) até o dia 23 de cada mês, para o período correspondente ao dia 21 do mês anterior até o dia 20 do mês atual. No dia 01 de cada mês devem ser enviados os relatórios referentes aos anexos 5, 6 e 7, correspondentes ao mês anterior (dia 01 a 31 do mês) (saesapucaiaadosul@gmail.com).</p> <ul style="list-style-type: none"> • O não cumprimento deste Procedimento implica Notificação Disciplinar 		
<p>Resultado Esperado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agilidade na dispensação dos insumos/medicamentos do programa DST/AIDS com segurança. • Reposição estoque para garantia de fornecimento • Registro correto para acompanhamento do paciente. 		
<p>Elaborado por: Eliziane Ferranti - Farmacêutica</p>	<p>Revisado por: Etiene Aquino Carpes Zucatti - Farmacêutica Thyene Pressler – Farmacêutica RT</p>	<p>Aprovado por: Loredi Becker – Diretora Hospitalar</p>

Anexo 5

 **RELATÓRIO DE FÓRMULA LÁCTEA E CABERGOLINA (Transmissão Vertical)**
(CRS e/ou MUNICÍPIO)

CRS: _____ Município: _____ Data: ____/____/____ Relatório do mês: _____

Responsável: _____ Telefone: (____) _____ e-mail: _____

Dados de Logística

INSUMO	SALDO ANTERIOR*	ENTRADA* DATA:	DISTRIBUÍDO*	SALDO ATUAL*	PEDIDO*
Formula Láctea tipo 1					
Formula Láctea tipo 2					
Cabergolina (p/ CRS)					

* em nº de latas e comprimidos.

Dados de Assistência - Dispensação de Fórmula Láctea:

Município	RN de (nome da mãe)	Hospital de nascimento	Idade em meses do RN	Data de entrega	Nº de latas Tipo I	Nº de latas Tipo II

OBS:

Anexo 6

PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV - RELATÓRIO DE INSUMOS (Maternidades)

Hospital/Instituição: _____	CRS: _____	Cidade: _____	Relatório do mês/ano: _____
Responsável pelo preenchimento: _____	Telefone: _____	Data: _____	

Dados de Logística

INSUMO	Saldo anterior	Entrada	Utilizado	Remanejado	Saldo atual	Validade	Pedido Mensal
Zidovudina sol. oral							
Zidovudina injetável							
Nevirapina suspensão oral							
Cabergolina							
Fórmula láctea							

Dados de Assistência

RELAÇÃO DE PARTURIENTES HIV Positivo

Nº	NOME PARTURIENTE	Nº RN	Nº F M	TIPO DE PARTO		ZIDOVUDINA injetável		ZIDOVUDIN A solução oral	NEVIRAPINA suspensão oral	Cabergolina	Fórmula Láctea
				V	C	Nº Frascos Mãe	Nº Frascos RN	Nº Frascos	Nº Comps	Nº Latas	
1											
2											
3											
4											

OBS: _____

Anexo 7

Hospital/Instituição: Hospital Municipal Getúlio Vargas CRS: 1ª Cidade: Sapucaia do Sul/RS Relatório do mês/ano: _____						
Responsável: _____ Telefone:(51) 3451 8200 Data: 01 _____ A 31 _____						
Relatório Mensal de Exposição						
Mês de referência: _____						
Nome	NOME DA MÃE	Data de nascimento	Data da exposição	Medicamentos prescritos	Tipo de exposição	Médico prescriptor/CRM
				SAE - TENOFOVIR 300MG + LAMIVUDINA 300MG CP-30 CP		
				SAE - ATAZANAVIR 300MG CP-30 CP		
				SAE - RITONAVIR 100MG CP-30 CP		
				SAE - TENOFOVIR 300MG + LAMIVUDINA 300MG CP-30 CP		
				SAE - ATAZANAVIR 300MG CP-30 CP		
				SAE - RITONAVIR 100MG CP-30 CP		
				SAE - TENOFOVIR 300MG + LAMIVUDINA 300MG CP-30 CP		
				SAE - ATAZANAVIR 300MG CP-30 CP		
				SAE - RITONAVIR 100MG CP-30 CP		

Anexo 8

DADOS DE LOGÍSTICA TESTES RÁPIDOS - FARMÁCIA HMGV

Período: 21 de ____ 20__ a 20 de ____ de 20__

Responsável: Farmacêutico RT

CÓD	INSUMO	Saldo anterior	Entrada	Utilizado	Saldo atual (em nº de testes)	Validade	Pedido Mensal
7408	TR1 HIV– Bioclin/MedLevensohn						
7409	TR2 HIV – contraprova Alere						
7410	SAE - TESTE RAPIDO SIFILIS						
7636	SAE - TESTE RAPIDO HEPATITE B						
7570	SAE - TESTE RAPIDO HEPATITE C						