

RECEITAS DE CONTROLE ESPECIAL E NOTIFICAÇÕES DE RECEITA

ORIENTAÇÕES PARA O CORRETO PREENCHIMENTO E CONFERÊNCIA



VIGILÂNCIA
SANITÁRIA
Jundiaí

visa.jundiai.sp.gov.br



Prefeitura
de Jundiaí

Ficha Técnica

Realização:

Adriana Swain Muller
Coordenadora da Divisão de Vigilância Sanitária

Organização:

Jeanine Maria Salve
Gerente da Seção de Educação em Vigilância Sanitária

Elaboração do Conteúdo:

Equipe Técnica da Seção de Produtos de Interesse à Saúde

- Juliane Marie Dal Poggetto Molinari Braido – Farmacêutica
- Patrícia Turqueto Azzoni – Farmacêutica
- Paula Karina Boldrin Gonçalves – Farmacêutica
- Thaís Cristiane Ferrari Borges Green – Farmacêutica

Revisão:

Alinne Fernanda Patrícia Lopes dos Santos
Gerente da Seção de Produtos de Interesse à Saúde

Edição:

Sabrina Fernandes Vetrenka
Assistente da Seção de Educação em Vigilância Sanitária

2024

APRESENTAÇÃO

Este manual foi elaborado pela Vigilância Sanitária do município de Jundiaí visando apoiar os profissionais de farmácias e drogarias na conferência e os prescritores de medicamento de controle especial no correto preenchimento das receitas de controle especial e notificações de receita.

O conteúdo deste material foi desenvolvido com base na Portaria SVS/MS nº 344/1998, que aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.

A legislação sanitária vigente define diferentes tipos de receitas para a prescrição médica de medicamentos. É de grande importância saber diferenciá-las e preenchê-las corretamente para que o uso do medicamento seja realizado de forma segura e racional, visando um tratamento adequado e evitando o risco de o paciente ter a sua receita negada pelas drogarias.

Acreditamos que o conhecimento é o melhor caminho para a mudança de práticas e que as informações contidas neste material são essenciais para prevenir e eliminar riscos à saúde.



A Portaria SVS/MS nº 344/1998 disciplina o comércio de medicamentos sujeitos a controle especial, como os psicotrópicos, entorpecentes, anorexígenos, anabolizantes, imunossupressores, entre outros.

O Artigo 1º da Portaria SVS/MS nº 344/1998 define:



Receita:

Prescrição escrita de medicamento, contendo orientação de uso para o paciente, efetuada por profissional legalmente habilitado, quer seja de formulação magistral ou de produto industrializado.

Notificação de Receita:

Documento padronizado destinado à notificação da prescrição de medicamentos: entorpecentes (cor amarela), psicotrópicos (cor azul), e retinóides de uso sistêmico e imunossupressores (cor branca).



A Notificação concernente aos dois primeiros grupos (entorpecentes e psicotrópicos) deverá ser firmada por profissional devidamente inscrito no Conselho Regional de Medicina, no Conselho Regional de Medicina Veterinária ou no Conselho Regional de Odontologia; a concernente ao terceiro grupo (retinóides de uso sistêmico e imunossupressores), exclusivamente por profissional devidamente inscrito no Conselho Regional de Medicina.

Cadastro de Profissionais:

Somente profissionais habilitados podem prescrever estas substâncias, como médicos, médicos veterinários e cirurgiões dentistas.



A Autoridade Sanitária é responsável pelo cadastro destes profissionais para o fornecimento do talonário de Notificação de Receita A e Notificação de Receita de Talidomida, bem como é responsável pela concessão de intervalo numérico para que o profissional providencie a confecção em gráfica da sua escolha da Notificação de Receita B e Notificação de Receita Especial Retinóides Sistêmicos.

O cadastro junto a Vigilância Sanitária para solicitação de talonário de Notificação de Receita ou do intervalo numérico para a confecção dos mesmos é feito pelo Balcão do Empreendedor, no Portal da Prefeitura de Jundiaí, exceto o cadastro para prescritor de Talidomida que é realizado pelo site da Vigilância Sanitária.

A Receita de Controle Especial e Notificações de Receita deverão estar escritas de forma legível, a quantidade em algarismos arábicos por extenso, sem emenda ou rasura. A farmácia ou drogaria somente poderá aviar ou dispensar, quando todos os itens estiverem devidamente preenchidos

O passo a passo para todas as solicitações está disponível na página [Receituário de Controle Especial](#) do site da VISA.

OS MEDICAMENTOS DE CONTROLE ESPECIAL ESTÃO ORGANIZADOS EM LISTAS

Listas	Medicamentos	Receituário	Modelo
"A1" e "A2"	Entorpecentes	Receita + Notificação de Receita A (amarela)	
"A3"	Psicotrópicos	Receita + Notificação de Receita A (amarela)	
"B1" e "B2"	Psicotrópicos	Receita + Notificação de Receita B ou B2 (azul)	
"C2"	Medicamentos contendo substâncias retinóicas de uso sistêmico	Receita + Notificação de Receita Especial (branca)	
"C3"	Medicamentos a base de substâncias imunossupressoras	Receita + Notificação de Receita Talidomida (branca)	
"C1", "C4" e "C5"	C1: Outras substâncias sujeitas ao controle especial C4: Anti- retrovirais C5: Anabolizantes	Receita de Controle Especial (branca em duas vias)	

A PORTARIA SVS/MS Nº 344/1998 DEFINE DE QUE FORMA DEVEM SER PRESCRITOS E DISPENSADOS OS MEDICAMENTOS DE CONTROLE ESPECIAL

RECEITUÁRIO	LISTA	RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO DO TALONÁRIO	RECEITA DE OUTRO ESTADO	VALIDADE PARA AVIAR	QUANTIDADE MÁXIMA A SER PRESCRITA
NOTIFICAÇÃO DE RECEITA A - AMARELA	A1, A2, A3	VIGILÂNCIA SANITÁRIA	VALIDADE NACIONAL. APRESENTAR NA VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM 72 HORAS	30 DIAS A PARTIR DA EMISSÃO	5 AMPOLAS OU TRATAMENTO PARA 30 DIAS
NOTIFICAÇÃO DE RECEITA B - AZUL	B1	PRESCRITOR	VALIDADE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.	30 DIAS A PARTIR DA EMISSÃO	5 AMPOLAS OU TRATAMENTO PARA 60 DIAS
NOTIFICAÇÃO DE RECEITA B2 - AZUL	B2	PRESCRITOR	VALIDADE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL. NECESSÁRIO ESTAR ACOMPANHADA DO TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PRESCRITOR	30 DIAS A PARTIR DA EMISSÃO	60 DIAS
NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL - BRANCA (RETINOIDE DE USO SISTÊMICO)	C2	PRESCRITOR	VALIDADE NACIONAL. NECESSÁRIO ESTAR ACOMPANHADA DO TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS INFORMAÇÃO .	30 DIAS A PARTIR DA EMISSÃO OU 7 DIAS PARA MULHERES EM IDADE FÉRTIL	5 AMPOLAS OU TRATAMENTO PARA 30 DIAS
NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL DE TALIDOMIDA	C3	VIGILÂNCIA SANITÁRIA	VALIDADE NACIONAL.	20 DIAS A PARTIR DA EMISSÃO	30 DIAS
RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL EM DUAS VIAS - BRANCA	C1, C4, C5	PRESCRITOR	VALIDADE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL. APRESENTAR NA VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM 72 HORAS.	30 DIAS A PARTIR DA EMISSÃO	5 AMPOLAS OU TRATAMENTO PARA 60 DIAS. PARA ANTIPARKINSONIANOS/ ANTICONVULSIVANTES TRATAMENTO PARA 180 DIAS

COMO PREENCHER CORRETAMENTE A NOTIFICAÇÃO DE RECEITA A?

Sigla da Unidade da Federação e identificação numérica, conforme a sequência numérica fornecida pela Autoridade Sanitária competente do Estado e Município.

Nome e endereço completo do paciente, e no caso de uso veterinário, nome e endereço completo do proprietário e identificação do animal.

Nome do profissional, endereço e sua inscrição no Conselho Regional com a sigla da respectiva Unidade da Federação; ou nome da instituição e endereço completo.

Nome do medicamento ou da substância: prescritos sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB), dosagem ou concentração, forma farmacêutica, quantidade (em algarismos arábicos e por extenso) e posologia.

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF: _____ NÚMERO: _____

A

Data ____ de ____ de ____

Paciente: _____

Endereço: _____

Assinatura do Emitente: _____

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

ESPECIALIDADE FARMACÉUTICA

Nome: _____

Quantidade e Apresentação: _____

Forma Farm. Concent. Unid. Posologia: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Endereço: _____

Identidade Nº: _____ Órgão Emissor: _____ Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: _____

Data: ____/____/____

Dados da Gráfica: Nome - Endereço Completo - CGC

Assinatura do profissional que emitiu a receita.

Nome completo, número do documento de identificação, endereço completo e telefone do comprador.

Nome e endereço completo, nome do responsável pela dispensação e data do atendimento.

Nome, endereço e CNPJ da gráfica, impressos no rodapé de cada folha do talonário.

COMO PREENCHER CORRETAMENTE A NOTIFICAÇÃO DE RECEITA B?

Sigla da Unidade da Federação E identificação numérica, conforme a sequência numérica fornecida pela Autoridade Sanitária competente do Estado e Município.

Nome e endereço completo do paciente, e no caso de uso veterinário, nome e endereço completo do proprietário e identificação do animal.

- Nome do profissional, endereço, sua inscrição no Conselho Regional com a sigla da respectiva Unidade da Federação e telefone; ou nome da instituição, endereço completo e telefone.

Nome do medicamento ou da substância: prescritos sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB), dosagem ou concentração, forma farmacêutica, quantidade (em algarismos arábicos e por extenso) e posologia

O formulário é dividido em seções principais:

- NOTIFICAÇÃO DE RECEITA:** Contém campos para UF e NÚMERO, e o grande caractere "B".
- IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE:** Área para o nome e endereço do profissional ou instituição.
- Medicamento ou Substância:** Área para o nome do medicamento, quantidade, forma farmacêutica, dose e posologia.
- Assinatura do Emitente:** Espaço para a assinatura do profissional.
- IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR:** Campos para nome, endereço, telefone e identidade nº do comprador.
- CARIMBO DO FORNECEDOR:** Espaço para o nome do vendedor e a data do atendimento.
- Dados da Gráfica:** Campo para nome e endereço completo da gráfica, com o código CGC.
- Numeração:** Campo para a numeração da impressão, com campos para "de" e "a".

Setas laranças apontam das descrições laterais para os campos correspondentes no formulário.

Assinatura do profissional que emitiu a receita.

Nome completo, número do documento de identificação, endereço completo e telefone do comprador.

Nome e endereço completo, nome do responsável pela dispensação e data do atendimento.

Nome, endereço e CNPJ da gráfica, impressos no rodapé de cada folha do talonário.

Numeração inicial e final concedidas ao profissional ou instituição e o número da Autorização para confecção de talonários emitida pela Vigilância Sanitária.

COMO PREENCHER CORRETAMENTE A NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL RETINÓIDES SISTÊMICOS?

Sigla da Unidade da Federação
E identificação numérica,
conforme a sequência numérica
fornecida pela Autoridade
Sanitária competente do Estado
e Município.

Nome do profissional, endereço,
sua inscrição no Conselho
Regional com a sigla da respectiva
Unidade da Federação e telefone;
ou nome da instituição, endereço
completo e telefone.

Símbolo indicativo e
frase obrigatórios.

Identificação completa do
paciente

Assinalar conforme a
substância prescrita.

Data da
emissão

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

Nome, endereço e
CNPJ da gráfica,
impressos no rodapé
de cada folha do
talonário.

Nome completo, número
do documento de
identificação, endereço
completo e telefone do
comprador.

Assinalar conforme a
situação da
prescrição, se é inicial
ou continuada do
tratamento.

Nome e endereço completo,
nome do responsável pela
dispensação e data do
atendimento.

Numeração inicial e final concedidas ao
profissional ou instituição e o número
da Autorização para confecção de
talonários emitida pela Vigilância
Sanitária.

COMO PREENCHER CORRETAMENTE A NOTIFICAÇÃO DE RECEITA DE TALIDOMIDA?

Sigla da Unidade da Federação,
identificação numérica, conforme a
sequência numérica fornecida pela
Autoridade Sanitária competente do
Estado e Município e CID do
paciente.

Símbolo indicativo e
frase obrigatórios

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA DE TALIDOMIDA

Notificação de Receita de Talidomida		ATENÇÃO	"Proibida para mulheres grávidas ou com chance de engravidar" "Talidomida causa o nascimento de crianças sem braços e sem pernas"
UF	NÚMERO		
CID			

1 - IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO	
Nome: _____	Nº. do Cadastro: _____
End.: _____	
Especialidade: _____	
C.P.F.: _____	C.R.M.: nº. _____ UF: _____
Data: _____	
Assinatura e Carimbo	

Dados do
Prescritor

2 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome: _____	
Data de Nascimento: _____	Sexo: _____ Telefone (se houver): _____
Endereço: _____	
Documento Oficial de Identificação nº: _____	Órgão emissor: _____

Dados do
paciente e seu
responsável se
menor de
idade.

3 - IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE (SE FOR O CASO)	
Nome: _____	
Endereço: _____	Telefone (se houver): _____
Documento Oficial de Identificação nº: _____	Órgão emissor: _____

Nome do
medicamento ou
da substância
prescritos sob a
forma de
Denominação
Comum Brasileira
(DCB), dosagem
ou concentração,
forma
farmacêutica,
quantidade (em
algarismos
arábicos e por
extenso) e
posologia.

4 - IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO	
Quantidade de comprimidos (em algarismos arábicos e por extenso): _____	
Dose por Unidade Posológica: (Ex.: 100mg) _____	
Posologia: _____	
Tempo de tratamento: _____	
Outras orientações (se houver): _____	

Quantidade
dispensada e
identificação
do RT
Dispensador.

5 - DADOS SOBRE A DISPENSAÇÃO	
Quantidade (Comprimidos.): _____	nº do lote: _____
Nome do Farmacêutico Dispensador: _____	CRF nº: _____
Assinatura e Carimbo do Responsável Técnico	
Data	

6- CARIMBO DA UNIDADE PÚBLICA DISPENSADORA (nome, endereço completo e telefone)	
Identificação da Gráfica: nome, endereço, CNPJ e nº da autorização concedido pela Autoridade Sanitária Competente.	

Identificação do
local que
dispensou, como
AMI, Farmácia
Central ou
outro.

(2 Vias) 1ª via: paciente; 2ª via: unidade pública dispensadora

Nome, endereço e
CNPJ da gráfica,
impressos no
rodapé de cada
folha do talonário.

COMO PREENCHER CORRETAMENTE RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL?

Deverá ser preenchido em 02 vias, manuscrito ou informatizado, apresentando obrigatoriamente, em destaque, em cada uma das vias os dizeres "1ª VIA - Retenção da Farmácia ou Drograria " e "2ª VIA - Orientação Paciente".

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Dados do Prescritor

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: _____
CRM: _____ UF: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ UF: _____
Fone: _____

1ª Via - Farmácia
2ª Via - Paciente

Dados do paciente e seu responsável se menor de idade.

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

Nome do medicamento ou da substância prescritos sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB), dosagem ou concentração, forma farmacêutica, quantidade (em algarismos arábicos e por extenso) e posologia.

Data: ____/____/____

Carimbo / Assinatura

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Ident.: _____ Órg. Emissor: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ UF: _____
Fone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data: ____/____/____

Nome completo, número do documento de identificação, endereço completo e telefone do comprador.

Nome do responsável pela dispensação e data do atendimento.



VIGILÂNCIA
SANITÁRIA
Jundiaí

visa.jundiai.sp.gov.br

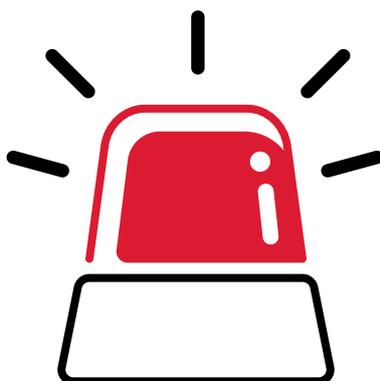


Prefeitura
de Jundiaí

Em caso de emergência, poderá ser aviada ou dispensada a receita de medicamento a base de substâncias constantes nas listas da Portaria SVS/MS nº 344/1998 e suas atualizações, em papel não privativo do profissional ou da instituição, contendo obrigatoriamente:

- O diagnóstico ou CID;
- A justificativa do caráter emergencial do atendimento, que se caracteriza por uma situação passível de colocar em risco, causar prejuízos ou comprometer a saúde e a vida do paciente;
- Data;
- Inscrição do prescritor no Conselho Regional de Classe;
- Assinatura devidamente identificada.

O estabelecimento que aviar ou dispensar a referida receita deverá anotar a identificação do comprador e apresentá-la à Autoridade Sanitária do Município, dentro de 72 (setenta e duas) horas, para visto.



Considerações finais

A implementação dessas práticas é fundamental para assegurar a qualidade e a segurança do paciente.

Esperamos que esse material auxilie os profissionais a utilizar e dispensar os medicamento de controle especial com segurança.

Para mais informações consulte a Portaria SVS/MS nº 344/1998 e Portaria nº 06/1999.

A Vigilância Sanitária está à disposição para esclarecer dúvidas e orientar a aplicação dessas diretrizes, pelo site visa.jundiai.sp.gov.br, Fale Conosco.

Obrigado por contribuir para a saúde da população!