

RECEITAS DE CONTROLE ESPECIAL E NOTIFICAÇÕES DE RECEITA

ORIENTAÇÕES PARA O CORRETO PREENCHIMENTO E CONFERÊNCIA



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 à 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.

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



As Receitas 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.

OS MEDICAMENTOS DE CONTROLE ESPECIAL ESTÃO ORGANIZADOS EM LISTAS

EM 02/2026 A ANVISA PUBLICOU NOVOS MODELOS DE NOTIFICAÇÕES DE RECEITA E DE RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL

Listas	Medicamentos	Receituário	Modelo
"A1" e "A2"	Entorpecentes	Receita + Notificação de Receita A (amarela)	NOTIFICAÇÃO DE RECEITA NOTÍCIA DATA: ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR PACIENTE: CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: ENDEREÇO COMPLETO: IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE NOME E ENDEREÇO COMPLETO DO PROFISSIONAL + INSCRIÇÃO NO CONSELHO PROFISSIONAL + UF OU NOME DA INSTITUIÇÃO + CPE ou CNES + ENDEREÇO COMPLETO + TELEFONE IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR NOME: CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: ENDEREÇO COMPLETO: TELEFONE: PRESCRIÇÃO NOME DO MEDICAMENTO: CONCENTRAÇÃO: FORMA FARMACÊUTICA: QUANTIDADE: POSOLÓGICA:
"A3"	Psicotrópicos	Receita + Notificação de Receita A (amarela)	Veterinário NOTIFICAÇÃO DE RECEITA PARA USO VETERINÁRIO NOTÍCIA DATA: ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR PACIENTE: CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: ENDEREÇO COMPLETO: ESPÉCIE / RAÇA DO ANIMAL: PORTO: IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE NOME DO MÉDICO VETERINÁRIO + ENDEREÇO COMPLETO + INSCRIÇÃO NO CONSELHO PROFISSIONAL + UF OU NOME DA INSTITUIÇÃO + CPE ou CNES + ENDEREÇO COMPLETO + TELEFONE IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR NOME: CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: ENDEREÇO COMPLETO: TELEFONE: PRESCRIÇÃO NOME DO MEDICAMENTO: CONCENTRAÇÃO: FORMA FARMACÊUTICA: QUANTIDADE: POSOLÓGICA: DATA: ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO VETERINÁRIO
"B1" e "B2"	Psicotrópicos	Receita + Notificação de Receita B ou B2 (azul)	NOTIFICAÇÃO DE RECEITA NOTÍCIA DATA: ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR PACIENTE: CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: ENDEREÇO COMPLETO: IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE NOME E ENDEREÇO COMPLETO DO PROFISSIONAL + INSCRIÇÃO NO CONSELHO PROFISSIONAL + UF OU NOME DA INSTITUIÇÃO + CPE ou CNES + ENDEREÇO COMPLETO + TELEFONE IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR NOME: CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: ENDEREÇO COMPLETO: TELEFONE: PRESCRIÇÃO NOME DO MEDICAMENTO: CONCENTRAÇÃO: FORMA FARMACÊUTICA: QUANTIDADE: POSOLÓGICA: Veterinário NOTIFICAÇÃO DE RECEITA PARA USO VETERINÁRIO NOTÍCIA DATA: ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR PACIENTE: CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: ENDEREÇO COMPLETO: ESPÉCIE / RAÇA DO ANIMAL: PORTO: IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE NOME DO MÉDICO VETERINÁRIO + ENDEREÇO COMPLETO + INSCRIÇÃO NO CONSELHO PROFISSIONAL + UF OU NOME DA INSTITUIÇÃO + CPE ou CNES + ENDEREÇO COMPLETO + TELEFONE IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR NOME: CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: ENDEREÇO COMPLETO: TELEFONE: PRESCRIÇÃO NOME DO MEDICAMENTO: CONCENTRAÇÃO: FORMA FARMACÊUTICA: QUANTIDADE: POSOLÓGICA: DATA: ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO VETERINÁRIO

OS MEDICAMENTOS DE CONTROLE ESPECIAL ESTÃO ORGANIZADOS EM LISTAS

EM 02/2026 A ANVISA PUBLICOU NOVOS MODELOS DE NOTIFICAÇÕES DE RECEITA E DE RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL

Listas	Medicamentos	Receituário	Modelo
"C2"	Medicamentos contendo substâncias retinóicas de uso sistêmico	Receita + Notificação de Receita Especial (branca)	NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL RETINÓICOS SISTÊMICOS IDENTIFICAÇÃO DO EMPITE IDENTIFICAÇÃO DO COMPROVADOR PRESCRIÇÃO
"C3"	Medicamentos a base de substâncias imunossupressoras	Receita + Notificação de Receita Talidomida (branca)	NOTIFICAÇÃO DE RECEITA DE TALIDOMIDA ATENÇÃO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO 2 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE 3 - IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE (SE FOR O CASO) 4 - IDENTIFICAÇÃO DO MEDICAMENTO 5 - DADOS SOBRE A DISPENSAÇÃO 6 - CARIMBO DA UNIDADE PÚBLICA DISPENSADORA (nome, endereço completo e telefone)

OS MEDICAMENTOS DE CONTROLE ESPECIAL ESTÃO ORGANIZADOS EM LISTAS

EM 02/2026 A ANVISA PUBLICOU NOVOS MODELOS DE NOTIFICAÇÕES DE RECEITA E DE RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL

Listas	Medicamentos	Receituário	Modelo
C1”, C4” e C5”	C1: Outras substâncias sujeitas ao controle especialC4: Anti- retroviraisC5: Anabolizantes	Receita de Controle Especial (branca em duas vias)	RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE NOME E ENDEREÇO COMPLETOS DO PROFISSIONAL + Nº INSCRIÇÃO CONSELHO PROFISSIONAL + UF OU NOME DA INSTITUIÇÃO + CNPJ ou CNES + ENDEREÇO COMPLETO + CIDADE + UF TELEFONE (opcional) IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NOME COMPLETO: ENDEREÇO COMPLETO: CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE Nº: PREScrição DATA: IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO PRESCRITOR: IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR IMPRESSÃO OPCIONAL - CONFORME PORTARIA Nº 699, ARTIGO 85, ALÍNEA C. ESSES DADOS PODEM SER APOSTOS MEDIANTE CARIMBO PELA FARMÁCIA NO MOMENTO DA DISPENSAÇÃO. NOME COMPLETO: CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE Nº: ENDEREÇO COMPLETO: CIDADE: UF: TELEFONE: 1ª via - Retenção pela Farmácia / 2ª via - Paciente DATA DE IMPRESSÃO DESTA RECEITUÁRIO ____/____/____ (recomendável) VERSO IMPRESSÃO OPCIONAL - CONFORME PORTARIA Nº 699, ARTIGO 85, ALÍNEA C. ESSES DADOS PODEM SER APOSTOS MEDIANTE CARIMBO PELA FARMÁCIA NO MOMENTO DA DISPENSAÇÃO. DADOS DOS PRODUTOS DISPENSADOS 1) NOME DO MEDICAMENTO E APRESENTAÇÃO: NÚMERO DO LOTE: QUANTIDADE DE CAIXAS: NÚMERO DO REGISTRO DA RECEITA NO LIVRO DE RECEITUÁRIO: (QUANDO MEDICAMENTO MANIPULADO) 2) NOME DO MEDICAMENTO E APRESENTAÇÃO: NÚMERO DO LOTE: QUANTIDADE DE CAIXAS: NÚMERO DO REGISTRO DA RECEITA NO LIVRO DE RECEITUÁRIO: (QUANDO MEDICAMENTO MANIPULADO) 3) NOME DO MEDICAMENTO E APRESENTAÇÃO: NÚMERO DO LOTE: QUANTIDADE DE CAIXAS: NÚMERO DO REGISTRO DA RECEITA NO LIVRO DE RECEITUÁRIO: (QUANDO MEDICAMENTO MANIPULADO) IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DISPENSADOR NOME COMPLETO: CNPJ ou CNES: NOME DO RESPONSÁVEL PELA DISPENSAÇÃO: ASSINATURA: DATA:

**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	30 DIAS A PARTIR DA EMIÇÃO	5 AMPOLAS OU TRATAMENTO PARA 30 DIAS
NOTIFICAÇÃO DE RECEITA B - AZUL	B1	PRESCRITOR	VALIDADE NACIONAL	30 DIAS A PARTIR DA EMIÇÃO	5 AMPOLAS OU TRATAMENTO PARA 60 DIAS
NOTIFICAÇÃO DE RECEITA B2 - AZUL	B2	PRESCRITOR	VALIDADE NACIONAL. NECESSÁRIO ESTAR ACOMPANHADA DO TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PRESCRITOR	30 DIAS A PARTIR DA EMIÇÃO	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 EMIÇÃO 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 TERMO DE RESPONSABILIDADE / ESCLARECIMENTO	20 DIAS A PARTIR DA EMIÇÃO	30 DIAS
RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL EM DUAS VIAS - BRANCA	C1, C5	PRESCRITOR	VALIDADE NACIONAL.	30 DIAS A PARTIR DA EMIÇÃO	5 AMPOLAS OU TRATAMENTO PARA ATÉ 60 DIAS. PARA ANTIPARKINSONIANOS/ ANTICONVULSIVANTES TRATAMENTO PARA ATÉ 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.

Dados do profissional legalmente habilitado ou a instituição de saúde responsável por preencher, assinar e emitir a prescrição médica.

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.

Assinatura do profissional que emitiu a receita.

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	PRESCRIÇÃO
NÚMERO: A		NOME E ENDEREÇO COMPLETOS DO PROFISSIONAL + INSCRIÇÃO NO CONSELHO PROFISSIONAL + UF OU NOME DA INSTITUIÇÃO + CPNJ ou CNES + ENDEREÇO COMPLETO + TELEFONE	NOME DO MEDICAMENTO: CONCENTRAÇÃO: FORMA FARMACÊUTICA: QUANTIDADE: POSOLOGIA:
DATA: _____			
ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR			
PACIENTE: _____		IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: _____		NOME: CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: ENDEREÇO COMPLETO: TELEFONE:	
ENDEREÇO COMPLETO: _____			

*NOME DA GRÁFICA, CNPJ E ENDEREÇO COMPLETO
*DATA DE IMPRESSÃO DESTA RECEITUÁRIO: ____ / ____ / ____ (recomendável)

Nome, CPF e endereço completo do paciente

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

Nome, endereço, CNPJ da gráfica e data de impressão do receituário impressos no rodapé de cada folha do talonário

No verso deve constar dados da dispensação:

- identificação do estabelecimento dispensador (nome, CNPJ, ou, CNES, no caso de estabelecimentos públicos de dispensação);
- endereço completo;
- nome do responsável pela dispensação;
- data do atendimento;
- lote;
- identificação do registro;
- anotação da quantidade aviada;
- quando tratar-se de formulações magistrais, o número de registro da receita no livro de receituário.

COMO PREENCHER CORRETAMENTE A NOTIFICAÇÃO DE RECEITA A PARA USO VETERINÁRIO?

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

Dados do profissional legalmente habilitado ou a instituição de saúde responsável por preencher, assinar e emitir a prescrição médica.

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 PARA USO VETERINÁRIO

A NÚMERO _____ NOME DO PROPRIETÁRIO: _____ CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: _____ ENDEREÇO COMPLETO: _____ ESPÉCIE / RAÇA DO ANIMAL: _____ PORTE: _____	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE NOME DO MÉDICO VETERINÁRIO + ENDEREÇO COMPLETO + INSCRIÇÃO NO CONSELHO PROFISSIONAL + UF OU NOME DA INSTITUIÇÃO + CPNJ ou CNES + ENDEREÇO COMPLETO + TELEFONE	PRESCRIÇÃO NOME DO MEDICAMENTO: _____ CONCENTRAÇÃO: _____ FORMA FARMACÊUTICA: _____ QUANTIDADE: _____ POSOLOGIA: _____ DATA: _____ ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO VETERINÁRIO
	IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR NOME: _____ CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: _____ ENDEREÇO COMPLETO: _____ TELEFONE: _____ *NOME DA GRÁFICA, CNPJ E ENDEREÇO COMPLETO *DATA DE IMPRESSÃO DESTA RECEITA: ____/____/____ (recomendável)	

Nome, CPF do proprietário do PET, raça e porte do animal

Nome, endereço, CNPJ da gráfica e data de impressão do receituário impressos no rodapé de cada folha do talonário

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

Data e assinatura do profissional que emitiu a receita.

COMO PREENCHER CORRETAMENTE A NOTIFICAÇÃO DE RECEITA B?

Sequência numérica fornecida pela Autoridade Sanitária competente do Estado e Município.

Nome do profissional, inscrição no Conselho Regional com a sigla da respectiva Unidade da Federação 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

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	PRESCRIÇÃO
NUMERO DATA: ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR PACIENTE: CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: ENDEREÇO COMPLETO:	NOME E ENDEREÇO COMPLETOS DO PROFISSIONAL + INSCRIÇÃO NO CONSELHO PROFISSIONAL + UF OU NOME DA INSTITUIÇÃO + CPNJ ou CNES + ENDEREÇO COMPLETO + TELEFONE NOME: CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: ENDEREÇO COMPLETO: TELEFONE:	NOME DO MEDICAMENTO: CONCENTRAÇÃO: FORMA FARMACÊUTICA: QUANTIDADE: POSOLOGIA:

Nome, CPF e endereço do paciente

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

Nome, endereço, CNPJ da gráfica e data de impressão do receituário impressos no rodapé de cada folha do talonário

No verso deve constar dados da dispensação:

- identificação do estabelecimento dispensador (nome, CNPJ, ou, CNES, no caso de estabelecimentos públicos de dispensação);
- endereço completo;
- nome do responsável pela dispensação;
- data do atendimento;
- lote;
- identificação do registro;
- anotação da quantidade aviada;
- quando tratar-se de formulações magistrais, o número de registro da receita no livro de receituário.

COMO PREENCHER CORRETAMENTE A NOTIFICAÇÃO DE RECEITA B2?

Sequência numérica fornecida pela Autoridade Sanitária competente do Estado e Município.

Nome do profissional, inscrição no Conselho Regional com a sigla da respectiva Unidade da Federação 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

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA B2		
NÚMERO: _____ DATA: _____ ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR PACIENTE: _____ CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: _____ ENDEREÇO COMPLETO: _____	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE NOME E ENDEREÇO COMPLETOS DO PROFISSIONAL + INSCRIÇÃO NO CONSELHO PROFISSIONAL + UF OU NOME DA INSTITUIÇÃO + CPNJ ou CNES + ENDEREÇO COMPLETO + TELEFONE IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR NOME: _____ CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: _____ ENDEREÇO COMPLETO: _____ TELEFONE: _____ *NOME DA GRÁFICA, CNPJ E ENDEREÇO COMPLETO *DATA DE IMPRESSÃO DESTES RECEIÚÁRIOS: ____/____/____ (recomendável)	PRESCRIÇÃO NOME DO MEDICAMENTO: _____ CONCENTRAÇÃO: _____ FORMA FARMACÊUTICA: _____ QUANTIDADE: _____ POSOLOGIA: _____

Nome, CPF e endereço do paciente

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

Nome, endereço, CNPJ da gráfica e data de impressão do receituário impressos no rodapé de cada folha do talonário

No verso deve constar dados da dispensação:

- identificação do estabelecimento dispensador (nome, CNPJ, ou, CNES, no caso de estabelecimentos públicos de dispensação);
- endereço completo;
- nome do responsável pela dispensação;
- data do atendimento;
- lote;
- identificação do registro;
- anotação da quantidade aviada;
- quando tratar-se de formulações magistrais, o número de registro da receita no livro de receituário.

COMO PREENCHER CORRETAMENTE A NOTIFICAÇÃO DE RECEITA B PARA USO VETERINÁRIO?

Sequência numérica fornecida pela Autoridade Sanitária competente do Estado e Município.

Nome do profissional, inscrição no Conselho Regional com a sigla da respectiva Unidade da Federação 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

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA PARA USO VETERINÁRIO

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME DO MÉDICO VETERINÁRIO + ENDEREÇO COMPLETO + INSCRIÇÃO NO CONSELHO PROFISSIONAL + UF

OU

NOME DA INSTITUIÇÃO + CPNJ ou CNES + ENDEREÇO COMPLETO + TELEFONE

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME:

CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE:

ENDEREÇO COMPLETO:

TELEFONE:

*NOME DA GRÁFICA, CNPJ E ENDEREÇO COMPLETO

*DATA DE IMPRESSÃO DESTES RECEITUÁRIOS: ____ / ____ / ____ (recomendável)

PRESCRIÇÃO

NOME DO MEDICAMENTO:

CONCENTRAÇÃO:

FORMA FARMACÊUTICA:

QUANTIDADE:

POSOLOGIA:

DATA:

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO VETERINÁRIO

Nome e CPF do proprietário do PET

Raça e porte do PET

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

Nome, endereço, CNPJ da gráfica e data de impressão do receituário impressos no rodapé de cada folha do talonário

Data e Assinatura do profissional que emitiu a receita.

COMO PREENCHER CORRETAMENTE A NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL RETINÓIDES SISTÊMICOS?

Identificação numérica,
conforme a sequência
fornecida pela Autoridade
Sanitária competente do
Estado e Município.

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

Símbolo
indicativo e
frase
obrigatórios

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA ESPECIAL RETINÓIDES SISTÊMICOS

NÚMERO _____

DATA: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR _____

PACIENTE: _____

CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: _____

ENDEREÇO COMPLETO: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____

SEXO: _____

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME E ENDEREÇO COMPLETOS DO MÉDICO +
INSCRIÇÃO NO CRM + UF

OU

NOME DA INSTITUIÇÃO + CPNJ ou CNES +
ENDEREÇO COMPLETO + TELEFONE

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____

CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE: _____

ENDEREÇO COMPLETO: _____

TELEFONE: _____

*NOME DA GRÁFICA, CNPJ E ENDEREÇO COMPLETO
*DATA DE IMPRESSÃO DESTES RECEITÁRIOS: ____/____/____ (recomendável)

PRESCRIÇÃO

NOME DO MEDICAMENTO: _____

CONCENTRAÇÃO: _____

FORMA FARMACÊUTICA: _____

QUANTIDADE: _____

POSOLOGIA: _____


GRAVIDEZ PROIBIDA
Risco de graves defeitos
na face, nas orelhas, no
coração e no sistema
nervoso do feto.

Identificação
completa do
paciente

Nome, endereço, CNPJ
da gráfica e data de
impressão do
receituário impressos
no rodapé de cada folha
do talonário

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

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

No verso deve constar dados da dispensação:

- identificação do estabelecimento dispensador (nome, CNPJ, ou, CNES, no caso de estabelecimentos públicos de dispensação);
- endereço completo;
- nome do responsável pela dispensação;
- data do atendimento;
- lote;
- identificação do registro;
- anotação da quantidade aviada.

COMO PREENCHER CORRETAMENTE A NOTIFICAÇÃO DE RECEITA DE TALIDOMIDA?

Identificação numérica, conforme a sequência fornecida pela Autoridade Sanitária competente do Estado e Município e CID do paciente.

Símbolo indicativo e frase obrigatórios

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA DE TALIDOMIDA	
NÚMERO	
CID	
ATENÇÃO	"Proibida para mulheres grávidas ou com chance de engravidar" "Talidomida causa o nascimento de crianças sem braços e sem pernas"

Dados do Prescritor

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

2 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
Nome:		
Data de Nascimento:	Sexo:	Telefone (se houver):
Endereço:		
CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE:		

Dados do paciente

3 - IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE (SE FOR O CASO)	
Nome:	
Endereço:	Telefone (se houver):
CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE:	

Dados do responsável se menor de idade.

Dados do medicamento

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):	

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

Quantidade dispensada, nº lote, dados do dispensador, data e identificação do RT

Identificação do serviço público dispensador

6- CARIMBO DA UNIDADE PÚBLICA DISPENSADORA (nome, endereço completo e telefone)
--

Identificação da Gráfica: nome, endereço, CNPJ e nº da autorização concedida pela Autoridade Sanitária competente.

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

DATA DE IMPRESSÃO DESTE RECEITUÁRIO: / / (recomendável)

Nome, endereço, CNPJ da gráfica, número da autorização concedida pela VISA e data da impressão, 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".

FRENTE RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME E ENDEREÇO COMPLETOS DO PROFISSIONAL + Nº INSCRIÇÃO CONSELHO PROFISSIONAL + UF

Dados do Prescritor ou

OU

Instituição

NOME DA INSTITUIÇÃO + CNPJ ou CNES + ENDEREÇO COMPLETO + CIDADE + UF

TELEFONE (opcional)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME COMPLETO:

Dados do paciente (nome e CPF do paciente, ou passaporte, no

ENDEREÇO COMPLETO:

caso de estrangeiro, e no caso de uso veterinário, nome e CPF

CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE Nº:

do proprietário, ou passaporte, no caso de estrangeiro, e

identificação do animal) e Endereço completo.

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:

Data, assinatura e Número do conselho de classe do prescritor

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO PRESCRITOR:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

*IMPRESSÃO OPCIONAL - CONFORME PORTARIA Nº 6/99, ARTIGO 85, ALÍNEA C, ESSES DADOS PODEM SER APOSTOS MEDIANTE CARIMBO PELA FARMÁCIA NO MOMENTO DA DISPENSAÇÃO.

NOME COMPLETO:

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

CPF ou, se estrangeiro, PASSAPORTE Nº:

ENDEREÇO COMPLETO:

CIDADE:

UF:

TELEFONE:

1ª via - Retenção pela Farmácia / 2ª via - Paciente

DATA DE IMPRESSÃO DESTA RECEITUÁRIO: ____ / ____ / ____ (recomendável)

Data da impressão

COMO PREENCHER CORRETAMENTE RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL?

VERSO

VERSO *IMPRESSÃO OPCIONAL - CONFORME PORTARIA Nº 6/99, ARTIGO 85, ALÍNEA C, ESSES DADOS PODEM SER APOSTOS MEDIANTE CARIMBO PELA FARMÁCIA NO MOMENTO DA DISPENSAÇÃO.

DADOS DOS PRODUTOS DISPENSADOS

1) NOME DO MEDICAMENTO E APRESENTAÇÃO:

NÚMERO DO LOTE:

QUANTIDADE DE CAIXAS:

NÚMERO DO REGISTRO DA RECEITA NO LIVRO DE RECEITUÁRIO:

(QUANDO MEDICAMENTO MANIPULADO)

2) NOME DO MEDICAMENTO E APRESENTAÇÃO:

NÚMERO DO LOTE:

QUANTIDADE DE CAIXAS:

NÚMERO DO REGISTRO DA RECEITA NO LIVRO DE RECEITUÁRIO:

(QUANDO MEDICAMENTO MANIPULADO)

3) NOME DO MEDICAMENTO E APRESENTAÇÃO:

NÚMERO DO LOTE:

QUANTIDADE DE CAIXAS:

NÚMERO DO REGISTRO DA RECEITA NO LIVRO DE RECEITUÁRIO:

(QUANDO MEDICAMENTO MANIPULADO)

Dados de
identificação do
produto
dispensado

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DISPENSADOR

NOME COMPLETO:

CNPJ ou CNES:

NOME DO RESPONSÁVEL PELA DISPENSAÇÃO:

ASSINATURA:

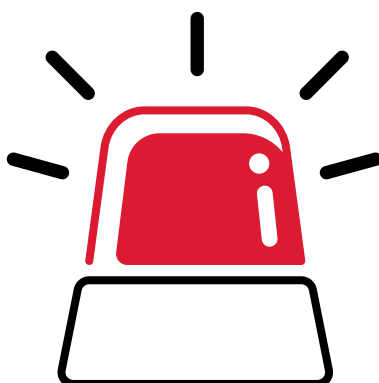
DATA:

Dados de identificação do estabelecimento e
responsável pela dispensação e data do
atendimento.

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!