

## GUIA DE ORIENTAÇÃO – PADRONIZAÇÃO DA RECEITA

Dividimos a prescrição em três situações:

**MEDICAMENTO DE USO CONTÍNUO OU USO PROLONGADO:** quando o paciente precisa fazer o uso por tempo indeterminado.

**MEDICAMENTO POR TEMPO DETERMINADO:** quando o paciente precisa fazer o uso por um curto período.

**MEDICAMENTO PARA USO QUANDO NECESSÁRIO:** quando o paciente precisa fazer o uso apenas quando existe algum sinal/sintoma.

A elaboração da receita seguindo o guia garante a dispensação de medicamentos em quantidades suficientes para o tratamento, evitando interrupção do tratamento antes do tempo e evitando dispensação em quantidades maiores que o necessário, assegurando assim a adesão ao tratamento e redução de custo.

Medicamentos da farmácia popular e farmácia básica devem ser prescritos em receituário diferente.

Cada paciente deverá ter sua prescrição individualizada. De acordo com a Lei Federal no 5.991/73, somente será aviada a receita que estiver prescrita com a identificação do nome do paciente. Sendo vedado a possibilidade de prescrição para dois ou mais pacientes num mesmo receituário. Dessa forma, é proibido a prescrição para tratamento do casal em um único receituário.

De acordo com a RDC nº 471/21, a receita deve ser prescrita de forma clara, legível e sem rasuras.

### MEDICAMENTO DE USO CONTÍNUO OU PROLONGADO

1) ANLODIPINO 5MG ----- USO CONTÍNUO

1 COMPRIMIDO VIA ORAL 12/12H AO DIA

2) OMEPRAZOL 20MG ----- USO PROLONGADO

1 COMPRIMIDO VIA ORAL 1X/DIA, EM JEJUM

*Medicamentos de uso contínuo não há necessidade de informar a quantidade de dias do tratamento e quantidade de caixa, mas deve conter “uso contínuo” ou “uso prolongado”. É dispensado para 30 dias e a receita tem validade de 6 meses. Os termos uso contínuo e uso prolongado poderá ser abreviado.*

### MEDICAMENTO POR TEMPO DETERMINADO

1) OMEPRAZOL 20MG

1 COMPRIMIDO VIA ORAL, EM JEJUM, POR 90 DIAS

2) PREDNISONA 20MG

1 COMPRIMIDO VIA ORAL 1X/DIA POR 5 DIAS

3) ALBENDAZOL 400MG

1 COMPRIMIDO VIA ORAL 1X AO DIA POR 3 DIAS, REPETIR COM 15 DIAS

*Obs.: ao informar repetir com 15 dias, sabemos que o paciente deve levar quantidade em dobro. Ficando assim: dispensamos 6 comprimidos de Albendazol.*

4) SECNIDAZOL 1000MG

2 COMPRIMIDO VIA ORAL 1X AO DIA, DOSE ÚNICA

*Obs.: ao informar dose única, sabemos que é para um dia de tratamento.*

5) SINVASTATINA 20MG

1 COMPRIMIDO VIA ORAL 1X AO DIA/NOITE POR 90 DIAS

6) CEFALEXINA 500MG

1 COMPRIMIDO VIA ORAL, 6/6H POR 7 DIAS

7) AMBROXOL 30MG/ML

5ML, VIA ORAL 8/8 HORAS POR 5 DIAS

8) CETOCONAZOL 20MG/G CREME

APLICAR UMA CAMADA, NAS ÁREAS INFECTADAS, 1X AO DIA POR 21 DIAS

9) MICONAZOL 20MG/G CREME VAGINAL

APLICAR NA VAGINA 1X AO DIA POR 7 DIAS

*Medicamento por tempo determinado é necessário informar a quantidade de dias de tratamento e não precisa informar a quantidade de caixa. A quantidade de medicamento é dispensada pela farmácia básica levando em consideração a dose, posologia e a quantidade de dias do tratamento. É dispensado medicamento para 30 dias até atingir o período informado na receita.*

**MEDICAMENTO PARA USO QUANDO NECESSÁRIO**

1) DIPIRONA 500MG

1 COMPRIMIDO VIA ORAL, 6/6H SE DOR OU FEBRE

2) IBUPROFENO 600MG

1 COMPRIMIDO VIA ORAL, 8/8 H SE DOR OU FEBRE

*Nesse caso não precisa informar a quantidade de dias de tratamento e/ou caixa, pois padronizamos a dispensação para 5 dias de tratamento. A quantidade de medicamento é dispensada pela farmácia básica levando em consideração a dose e posologia.*