

MEDICAMENTOS DISPENSADOS NA FARMÁCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA DO HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL (HBDF)

Requisitos a serem verificados para retirada dos medicamentos na Farmácia Ambulatorial Especializada do HBDF:

1. Medicamentos que necessitam do preenchimento de Formulários Específicos pelo médico assistente, juntamente com a apresentação do Cartão do SUS do paciente e do receituário médico em 2 (duas) vias, o qual tem validade de 180 (cento e oitenta) dias a partir da data de emissão, para medicamento que conste na receita uso crônico. A dispensação será realizada após avaliação e autorização das respectivas Coordenações dos programas.

MEDICAMENTOS	REQUISITOS
TERIPARATIDA SOL. INJ. 250 mcg/mL	Formulário próprio p/ Teriparatida fornecido pela Farmácia e preenchido pelo médico do paciente. (CIDs: M80.0, M81.0).
ÁCIDO ZOLEDRÔNICO SOL. INJ. 5mg/100mL	Formulário próprio p/ Ácido Zoledrônico fornecido pela Farmácia e preenchido pelo médico do paciente (CIDs: M80, M81, M82).

2. Medicamentos que necessitam do "Formulário de Dispensação da Farmácia Ambulatorial do HBDF", preenchido pelo médico assistente conforme protocolo clínico da Secretaria de Saúde do DF, juntamente com a apresentação do Cartão do SUS do paciente e do receituário médico em 2 (duas), o qual tem validade de 180 (cento e oitenta) dias a partir da data de emissão, para medicamento que conste na receita uso crônico.

Cabe ressaltar que os medicamentos de uso oftalmológico serão dispensados somente com receituário onde conste no carimbo do prescritor que é médico OFTALMOLOGISTA.

MEDICAMENTOS	REQUISITOS
CIPROFLOXACINO POMADA OFT. 0,3%	CIDs: H16.0; H16.1; H16.2; H16.3; H16.4; H16.8; H10.0; H10.1; H10.2; H10.3; H10.4; H10.5; H10.8; H10.9. Carimbo de Médico OFTALMOLOGISTA/ validade 10 dias a partir da data de emissão.

ATROPINA 1%	CIDs:A51.4;B58;H20;H20.8;H20.9;H21.2;H21.5;H22;H44.0;H44.1;Z54.Carimbo de Médico OFTALMOLOGISTA/ validade 6 meses a partir da data de emissão.
CETOTIFENO SOL. OFT. 0,25 mg/mL *	CIDs:H10.1;H16.2 Carimbo de Médico OFTALMOLOGISTA /validade 6 meses a partir da data de emissão.
CIPROFLOXACINO SOL. OFT. 0,3%	CIDs:H10;H10.0;H10.1;H10.2;H10.3;H10.4;H10.5;H10.8;H10.9;H16;H16.0;H16.1;H16.2;H16.3;H16.4; H16.8 Carimbo de Médico OFTALMOLOGISTA/validade 10 dias a partir da data de emissão.
DEXAMETASONA SOL. OFT. 0,1%	Carimbo de Médico OFTALMOLOGISTA / validade 6 meses a partir da data de emissão.
ÁCIDO URSODESOXICÓLICO 300mg	CIDs:K70; K71; K72; K73; K74; K75; K76; K77; K80; K81; K82; K83; K84; K85; K86; K87
ALFATIROTROPINA PÓ LIOFILO 1,1 mg FRASCO AMPOLA *	CIDs: C73. RECEITUÁRIO FORNECIDO SOMENTE POR ENDOCRINOLOGISTA SES/DF
BACLOFENO 10 mg	CIDs: G35; G36.0; G80.0; G80.1; G81.1; G82.1; G82.4; G95; G95.0; G95.1; G95.2; G95.8; G95.9
CIANOCOBALAMINA (Vitamina B12) 1000 mcg	CIDs:D51; D51.0; D51.1; D51.2; D51.3; D51.8; D51.9; E12.4; G63.4; G32.0; H46
CLOPIDOGREL 75mg	CIDs: I20; I21; I22; I24; I63; I68; I69; I74.
COMPLEXO B DRAGEA	CIDs:E40; E41; E42; E43; E44; E45; E46; E51; E52; E53; E44.0; E44.1; E51.1; E51.2; E51.8; E51.9; E53.0; E53.1; E53.8; E53.9.

ENOXAPARINA SÓDICA 40mg	CIDs: O22.3; I26; I26.0; I26.9; I74; I74.0; I74.1; I74.2; I74.3; I74.4; I74.5; I74.8; I74.9; I80; I80.0; I80.1; I80.2; I80.3; I80.8; I80.9.
ENOXAPARINA SÓDICA 60mg	CIDs: O22.3; I26; I26.0; I26.9; I74; I74.0; I74.1; I74.2; I74.3; I74.4; I74.5; I74.8; I74.9; I80; I80.0; I80.1; I80.2; I80.3; I80.8; I80.9.
ENOXAPARINA SÓDICA 80mg	CIDs: O22.3; I26; I26.0; I26.9; I74; I74.0; I74.1; I74.2; I74.3; I74.4; I74.5; I74.8; I74.9; I80; I80.0; I80.1; I80.2; I80.3; I80.8; I80.9.
IMIQUIMOD CREME 50mg/g Sachê 250mg	CIDs: C44.9; C51; C51.0; C51.1; C51.2; C51.8; C51.9; C60.9; C63.2.
ONDANSETRONA 8mg	CIDs: C00.0 a C97. Receita com carimbo das Unidades de Oncologia/HBDF ou Hematologia/HBDF.

* medicamento termossensível: paciente deve levar obrigatoriamente caixa de isopor e gelo.

3. Medicamentos que requerem carimbo de APAC-ONCO válida das Clínicas de Oncologia ou Hematologia e Hemoterapia, juntamente com a apresentação do Cartão do SUS do paciente e do receituário médico em 2 (duas) vias.

OBSERVAÇÃO: TRETINOINA (AC. TRANSRETINÓICO) 10MG = Medicamento que requer Receituário Especial (Portaria 344/98).

MEDICAMENTOS	REQUISITOS
ANAGRELIDA (Cloridrato) 0,5 mg	Carimbo APAC da Oncologia, Urologia e Hematologia do Hbase ou HRT
ANASTROZOL COMP 1 mg	Carimbo APAC da Oncologia, Urologia e Hematologia do Hbase ou HRT
BICALUTAMIDA COMP 50mg	Carimbo APAC da Oncologia, Urologia e Hematologia do Hbase ou HRT
CAPECITABINA COMP 500mg	Carimbo APAC da Oncologia, Urologia e Hematologia do Hbase ou HRT
CICLOFOSFAMIDA DRG 50 mg*	Carimbo APAC da Oncologia, Urologia e Hematologia do Hbase ou HRT
CIPROTERONA COMP 50mg	Carimbo APAC da Oncologia, Urologia e Hematologia do Hbase ou HRT
CLORAMBUCILA COMP 2 mg*	Carimbo APAC da Oncologia, Urologia e Hematologia do Hbase ou HRT

DASATINIBE 20 mg	Carimbo APAC da Oncologia, Urologia e Hematologia do Hbase . ou HRT
DASATINIBE 100 mg	Carimbo APAC da Oncologia, Urologia e Hematologia do Hbase ou HRT
FILGRASTINA 300mcg*	Carimbo APAC da Oncologia, Urologia e Hematologia do Hbase ou HRT
FULVESTRANTO SOL INJ 50mg/mL*	Carimbo APAC da Oncologia, Urologia e Hematologia do Hbase ou HRT
GOSERELINA 3.6 mg*	Carimbo APAC da Oncologia, Urologia e Hematologia do Hbase ou HRT
GOSERELINA 10,8mg*	Carimbo APAC da Oncologia, Urologia e Hematologia do Hbase ou HRT
HIDROXIUREIA CAP 500 mg	Carimbo APAC da Oncologia, Urologia e Hematologia do Hbase ou HRT
IMATIMIB 100 mg COMP	Carimbo APAC da Oncologia, Urologia e Hematologia do Hbase ou HRT
IMATINIB 400 mg COMP	Carimbo APAC da Oncologia, Urologia e Hematologia do Hbase ou HRT
INTERFERON ALFA 2A 3.000.000 UI*	Carimbo APAC da Oncologia, Urologia e Hematologia do Hbase ou HRT
INTERFERON ALFA 2B 5.000.000 UI*	Carimbo APAC da Oncologia, Urologia e Hematologia do Hbase ou HRT
MEGESTROL COMP 160 mg	Carimbo APAC da Oncologia, Urologia e Hematologia do Hbase ou HRT
MELFALANO COMP 2 mg*	Carimbo APAC da Oncologia, Urologia e Hematologia do Hbase ou HRT
MERCAPTOPURINA COMP 50 mg	Carimbo APAC da Oncologia, Urologia e Hematologia do Hbase ou HRT
METOTREXATO COMP 2,5 mg	Carimbo APAC da Oncologia, Urologia e Hematologia do Hbase ou HRT
NILOTINIBE 200 mg	Carimbo APAC da Oncologia, Urologia e Hematologia do Hbase ou HRT

OCTREOTIDA MICROESFERAS PARA SUSP. INJETAVEL 20mg FA*	Carimbo APAC da Oncologia, Urologia e Hematologia do Hbase ou HRT
OCTREOTIDA MICROESFERAS PARA SUSP. INJETAVEL 30 mg FA*	Carimbo APAC da Oncologia, Urologia e Hematologia do Hbase ou HRT
OCTREOTIDA SOL. INJETAVEL 0,1 mg/ml AMPOLA 1ML*	Carimbo APAC da Oncologia, Urologia e Hematologia do Hbase ou HRT
PAZOPANIBE COMP 400 mg	Carimbo APAC da Oncologia, Urologia e Hematologia do Hbase ou HRT
SORAFENIBE (TOSILATO) COMP REVESTIDO 200 mg	Carimbo APAC da Oncologia, Urologia e Hematologia do Hbase ou HRT
TAMOXIFENO COMP 20 mg	Carimbo APAC da Oncologia, Urologia e Hematologia do Hbase ou HRT
TIOGUANINA COMP 40 mg	Carimbo APAC da Oncologia, Urologia e Hematologia do Hbase ou HRT
TRETINOINA (AC. TRANSRETINÓICO) COMP 10 mg	Carimbo APAC da Oncologia, Urologia e Hematologia do Hbase ou HRT e Termo de Responsabilidade/ Esclarecimento para Tretinoína em 2 (duas) vias

* medicamento termossensível: paciente deve levar obrigatoriamente caixa de isopor e gelo.

4. Medicamentos que requerem Receituário Especial (Portaria 344/98) emitido pelos médicos cadastrados no Núcleo de Cuidados Paliativos da Gerência de Câncer, juntamente com a apresentação do Cartão do SUS do paciente e o "Formulário de Dispensação da Farmácia Ambulatorial do HBDF", preenchido pelo médico assistente conforme protocolo clínico da Secretaria de Saúde do DF.

MEDICAMENTOS	REQUISITOS
FENTANIL ADESIVO TRANS. 25MCG	CIDs: R52.1; R52.2
FENTANIL ADESIVO TRANS. 50MCG	CIDs: R52.1; R52.2
FENTANIL ADESIVO TRANS. 100MCG	CIDs: R52.1; R52.2

5. Medicamento que requer receita comum em 2 (duas) vias, juntamente com a apresentação do Cartão do SUS do paciente.

MEDICAMENTOS	REQUISITOS
OSELTAMIVIR 30 mg	Receita comum e cartão SUS
OSELTAMIVIR 45 mg	Receita comum e cartão SUS
OSELTAMIVIR 75 mg	Receita comum e cartão SUS

6. Medicamento que requer Notificação de Receita (Portaria 344/98) em 2 (duas) vias, a qual tem validade de 20 (vinte) dias a partir da data de emissão, Termo de Responsabilidade/ Esclarecimento em 2 (duas) vias, juntamente com a apresentação do Cartão do SUS e Documento de Identidade (RG) do paciente.

MEDICAMENTOS	REQUISITOS
TALIDOMIDA 100 mg	CID: C90 (MIELOMA MÚLTIPLO)