

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº DOCUMENTO	DATA
		POP.FARM.002	01/2023
		REVISÃO	PÁGINAS
		01/2025	1/6

ACONDICIONAMENTO DE MEDICAMENTOS TERMOLÁBEIS DE USO PRÓPRIO

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO
2. OBJETIVO
3. ABRANGÊNCIA
4. REFERÊNCIAS
5. DEFINIÇÕES E SIGLAS
6. EXIGÊNCIAS
7. RESPONSABILIDADES
8. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO
9. FORMULÁRIOS E/OU DOCUMENTOS RELACIONADOS
 - 9.1. Formulário de Recebimento de Medicamentos Termolábeis de Uso Próprio
 - 9.2. Formulário de Devolução de Medicamentos Termolábeis de Uso Próprio
10. MODIFICAÇÕES EM RELAÇÃO À REVISÃO ANTERIOR
11. ANEXOS

RESUMO DE REVISÕES

MÊS/ANO	DESCRIÇÃO	PRÓX. REVISÃO
01/2023	Emissão inicial	01/2025
00	Primeira revisão	

APROVAÇÕES

ELABORAÇÃO	CHEFIA/DIVISÃO	QUALIDADE	PRESIDÊNCIA/DIREÇÃO
Bárbara Moura Rottas Lima	Allan Pereira Novaes de Oliveira	Zorahyde Pires Cristiane Pacheco Gustavo Dias	Dr. Daniel da Mata

ACONDICIONAMENTO DE MEDICAMENTOS TERMOLÁBEIS DE USO PRÓPRIO

1. INTRODUÇÃO

Medicamentos termolábeis de uso próprio são medicamentos utilizados pelos pacientes de forma contínua, prescrito pelo médico que o assiste, durante o tempo preconizado para o tratamento, que necessitam ser armazenados em temperatura entre 2°C a 8°C.

Ao serem internados nas unidades geridas pela RioSaúde, os pacientes deverão passar por avaliação. Havendo identificação do uso de medicamentos de uso contínuo, durante a conciliação medicamentosa e havendo necessidade de permanência dos mesmos na prescrição durante a internação, seus medicamentos de uso contínuo deverão ser entregues na unidade, bem como a receita do prescritor. Os medicamentos considerados termolábeis deverão ficar armazenados nas geladeiras das farmácias.

2. OBJETIVO

Estabelecer e padronizar o procedimento de acondicionamento de medicamentos termolábeis de uso próprio reduzindo a possibilidade de falhas relacionadas ao armazenamento e ao uso dos mesmos.

3. ABRANGÊNCIA

Hospitais, Unidades de Pronto Atendimento e Coordenações de Emergências Regionais geridos pela RioSaúde.

4. REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Anexo 03, 2013. Acesso em 10 de agosto de 2020. <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-naprescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>.

ACONDICIONAMENTO DE MEDICAMENTOS TERMOLÁBEIS DE USO PRÓPRIO

- Resolução da Diretoria Colegiada nº 304, de 17 de setembro de 2019, que dispõe sobre as Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e de Transporte de Medicamentos.

5. DEFINIÇÕES E SIGLAS

5.1. Definições

Medicamentos - Produto farmacêutico tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico.

Armazenagem - Guarda, manuseio e conservação segura de medicamentos.

Medicamento termolábil - Medicamento que necessita ser armazenado em temperatura entre 2° a 8°C.

5.2. Siglas

BAE – Boletim de Atendimento de Emergência.

6. EXIGÊNCIAS

RDC Nº 304, DE 17 DE SETEMBRO DE 2019 Dispõe sobre as Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e de Transporte de Medicamentos.

7. RESPONSABILIDADES

ATIVIDADE	RESPONSABILIDADE
7.1 Constatar os medicamentos de uso contínuo do paciente através de conciliação medicamentosa na admissão.	Médico/Enfermeiro/Farmacêutico

ACONDICIONAMENTO DE MEDICAMENTOS TERMOLÁBEIS DE USO PRÓPRIO

7.2 Informar a equipe de Farmácia sobre o medicamento termolábil de uso contínuo não padrão na unidade.	Médico/Enfermeiro
7.3 Receber o medicamento termolábil não padrão do paciente/acompanhante para acondicionar.	Médico/Enfermeiro/Farmacêutico/Técnico de enfermagem
7.4 Receber o medicamento termolábil não padrão na Farmácia.	Farmacêutico/Técnico de Farmácia
7.5 Acondicionar e identificar o medicamento não padrão termolábil na geladeira.	Farmacêutico/Técnico de Farmácia

8. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Ao serem internados nas unidades geridas pela RioSaúde, os pacientes deverão ser avaliados pela equipe multidisciplinar para que sejam identificados através de conciliação medicamentosa os fármacos de uso contínuo e avaliada a permanência dos mesmos.

Caso os medicamentos não padronizados sejam mantidos, deverão ser entregues à equipe médica, equipe de enfermagem ou de farmácia.

O acondicionamento do medicamento termolábil será na geladeira da farmácia.

A equipe de farmácia ao receber o medicamento termolábil irá preencher o Formulário I (**Formulário de Recebimento de Medicamento Termolábil de Uso Próprio**) e deverá armazenar o medicamento devidamente identificado na geladeira. A identificação deverá ser feita em etiquetas coladas no medicamento contendo nome completo do paciente, data de nascimento e BAE.

Nos casos de alta/transferência/óbito, a equipe de farmácia deverá ser informada pela equipe de enfermagem para que seja feita a devolução do medicamento ao paciente/familiar.

Deverá ser registrada no Formulário II (**Formulário de Devolução de Medicamento Termolábil de Uso Próprio**) a devolução, com a assinatura do profissional responsável pela entrega do medicamento e a assinatura do responsável pelo recebimento da devolução.

ACONDICIONAMENTO DE MEDICAMENTOS TERMOLÁBEIS DE USO PRÓPRIO

Os formulários I e II preenchidos deverão ficar arquivados em pasta específica na Farmácia.

9. FORMULÁRIOS E/OU DOCUMENTOS RELACIONADOS**9.1. POP.FARM.002 - FORM I - Recebimento de Medicamentos Termolábeis de Uso Próprio****Formulário de Recebimento de Medicamentos Termolábeis de Uso Próprio**Setor: _____
Data: ____/____/____Nome (completo e sem abreviações): _____
BAE: _____
Data de Nascimento: _____

Medicamento	Quantidade	Lote	Validade	Observação

Responsável pela Entrega
do Medicamento:

Nome: _____

RG: _____

Data: ____/____/____

Responsável pelo Recebimento
do Medicamento:

Nome: _____

Cargo/Matrícula: _____

Data: ____/____/____

ACONDICIONAMENTO DE MEDICAMENTOS TERMOLÁBEIS DE USO PRÓPRIO**9.1. POP.FARM.002 - FORM II - Devolução de Medicamentos Termolábeis de Uso Próprio****Formulário de Devolução de Medicamentos Termolábeis de Uso Próprio**Setor: _____
Data: __/__/__

Nome (completo e sem abreviações): _____

BAE: _____

Data de Nascimento: _____

Medicamentos Devolvidos	Quantidade Devolvida	Lote	Validade	Observação

Responsável pela Devolução do
Medicamento:

Nome: _____

Cargo/Matricula: _____

Data: __/__/__

Responsável pelo Recebimento da
Devolução:

Nome: _____

RG: _____

Data: __/__/__

10. MODIFICAÇÕES EM RELAÇÃO À REVISÃO ANTERIOR

Não se aplica.

11. ANEXOS

Não se aplica.