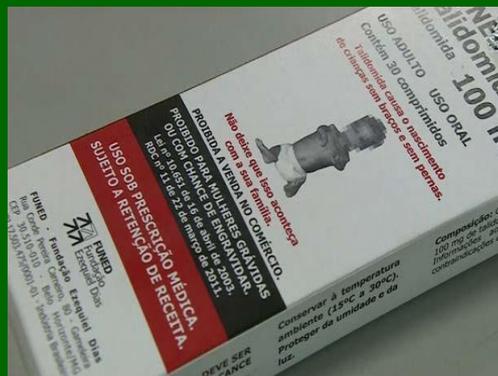




apresentam



# Fórum de discussão: Talidomida: Orientação para o uso controlado

**Graziella Melissa Scarton Buchrieser**

Farmacêutica da Gerência de Administração da Assistência Farmacêutica (GEAAF) da Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIAF) da SES/SC

**Laura Pereira de Ourique**

Farmacêutica da Gerência de Vigilância de Agravos (GEVRA) da Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE) da SES/SC.



## **Gerência de Administração da Assistência Farmacêutica (GEAAF/DIAF)**

### **Gerente**

Georgia Hoffer

### **Talidomida: Lúpus, MM, DECH, SMD**

Graziella Melissa Scarton Buchrieser

### **HIV/Aids**

Patrícia Backes

Maria Fernanda Ballestro da Rocha

### **Palivizumabe/Oncológicos**

Edilene M. L. Nakauchi

### **Insulinas, Saúde da mulher, vitamina A, sachês de micronutrientes:**

Rosangela Vandressen

### **Apoio**

Naira Machado

Cláudia Regina Neves da Silva

## **Gerência de Vigilância de Agravos Infecciosos, Emergentes e Ambientais (GEVRA/DIVE)**

### **Gerente**

Gladis Helena da Silva

### **Divisão de Doenças Crônicas Transmissíveis**

Nadmari Céli Grimes

### **Setor Hanseníase**

Nadmari Céli Grimes

Teide Pierre Nahas (SINAN)

### **Medicamentos**

Hanseníase/Tabagismo/Tracoma/Tuberculose

Laura P. de Ourique

### **Sistemas de Informação**

Humberto Moreira





# Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina



- Home
- Ramais
- Webmail
- Links
- Mapa do Site
- Fale Conosco
- Busca

Secretaria de Estado da Saúde >

Atenção Básica

Concursos e Seleções >

Conferências >

Convênios >

Conselhos, Comissões e Comitês >

Controle, Avaliação e Auditoria >

Educação na Saúde >

Gestor Municipal >

Informações em Saúde

Licitações e Compra Direta

Legislação >

Média e Alta Complexidade >

Organizações Sociais >

Ouvidoria

Planejamento em Saúde >

Prestação de Contas >

Programação Pactuada Integrada >

Projetos Especiais >

Projetos e Obras - Orientações

## Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica

✓ Para mais informações a respeito do componente Estratégico da Assistência Farmacêutica ([Clique aqui](#))

✓ Talidomida



✓ Programa de Prevenção da Infecção causada pelo Vírus Sincicial Respiratório

✓ Informes

✓ Web Service

[Voltar](#)

[http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=443&Itemid=210/](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=443&Itemid=210/)



●○○○○  
**DIA NACIONAL DE  
COMBATE À DENGUE**  
18 DE NOVEMBRO



No Dia Nacional de Combate à Dengue, Saúde reforça a importância da eliminação de criadouros do mosquito *Aedes aegypti*



GRIPE



DENGUE



AIDS



SECUIDASC



HPV



SÍFILIS

# Cadastramento e Credenciamento



- As Unidades Públicas Dispensadoras de Talidomida (UPDTs) e, os prescritores (Anexo II) devem ser credenciados e cadastrados pela autoridade sanitária competente (RDC nº11/2011);
- O credenciamento das UPDTs (Anexo I) possui **validade de 1 (um) ano**;
- VISA Municipal, Regional e/ou Estadual realiza mediante inspeção sanitária e, deve ter pelo menos um farmacêutico na equipe (Ofício Circular nº006/16);
- Gerência de Inspeção e Monitoramento de Serviços de Saúde (GEIMS/**DIVS**)  
**Solicitação de Inspeção:** [geims@saude.sc.gov.br](mailto:geims@saude.sc.gov.br)  
**Envio do documento de credenciamento(Anexo I):**  
[talidomida-divs@saude.sc.gov.br](mailto:talidomida-divs@saude.sc.gov.br)
- A vigilância Sanitária Estadual é responsável por divulgar a lista das unidades credenciadas no Estado de Santa Catarina, no site:  
<http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php/joomlaorg/2013-08-13-20-53-09/category/267>



# Cadastro de Usuários de Talidomida

UNIDADE FEDERATIVA	MUNICÍPIO	REGIONAL DE SAÚDE	NOME UPDT	CNES	NOME DO USUÁRIO	NÚMERO CARTÃO SUS	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO (RG)	SEXO

DATA DE NASCIMENTO	NOME DA MÃE	ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA	TELEFONE	DATA DA DISPENSAÇÃO	QUANTIDADE DISPENS.	LOTE	DATA DE VALIDADE	NÚMERO DA NOTIFICAÇÃO DA RECEITA DE TALIDOMIDA

CID-10	DATA INÍCIO DO TRATAMENTO COM TALIDOMIDA	NOME MÉDICO(A) PRESCRITOR(A)	NÚMERO CRM	NOME FARMACÊUTICO(A) RESPONSÁVEL PELA DISPENSAÇÃO	NÚMERO CRF

**IMPORTANTE**

# FLUXO DE ENVIO DOS DADOS (NT nº 27 DAF/MS)

- Dispensação da Talidomida 100 mg acontece na UPDT credenciada;
- Dados sobre a dispensação são repassados para Municípios e Regionais de Saúde;
- Assistência Farmacêutica/SES consolida os dados e envia para o DAF/MS;
- DAF/MS é responsável pela manutenção do Cadastro Nacional de Usuários de Talidomida.

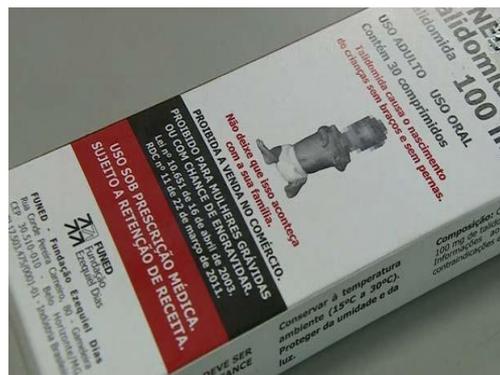
# Cadastro de Usuários de Talidomida



- Hanseníase: semestral
- HIV/Aids: trimestral
- Lúpus, Mieloma Múltiplo(MM), Doença Enxerto Contra Hospedeiro (DECH), Síndrome Mielodisplásica (SMD), CIDs não contemplados.
  - Relatório emitido pelo SISMEDEX, enviado às unidades trimestralmente para correção das informações.



# Solicitação Talidomida



Solicitação para indicações  
previstas na RDC nº 11/2011  
(atualizada pela RDC nº50/2015)

Solicitação para indicações  
não previstas nesta RDC

# Indicações previstas na RDC/ANVISA nº11/2011 (Atualizada pela RDC/ANVISA nº50/2015)



Doenças	CID
Hanseníase: Reação Hansênica tipo Eritema Nodoso ou tipo II	A 30
DST/Aids: Úlceras Aftoides idiopáticas em pacientes portadores de HIV/Aids	B 23.8
Doenças Crônico degenerativas: Lúpus Eritematoso sistêmico Lúpus Eritematoso discoide Lúpus Eritematoso cutâneo subagudo Doença Enxerto contra Hospedeiro	M 32 L 93.0 L93.1 T 86.0
Mieloma Múltiplo	C 90.0
Síndrome Mielodisplásica(SIM): em pacientes refratários à eritropoetina Anemia refratária sem sideroblastos em anel; Anemia refratária com sideroblastos em anel; e Anemia refratária não especificada	D 46.0 D 46.1 D46.4



# Solicitação para Hanseníase: Reação Hansênica Tipo Eritema Nodoso ou tipo II(CID A 30)

- **GERSA:** envia pedido de Talidomida consolidado até dia 18 de cada mês para o endereço eletrônico:

[estrategicosgevra@saude.sc.gov.br](mailto:estrategicosgevra@saude.sc.gov.br)

- **GEVRA/DIVE** encaminha a liberação dos pedidos até dia 23 de cada mês para DIAF;
- **DIAF** gera as guias até o final do mês e encaminha para o almoxarifado LogFarma conforme cronograma da logística de distribuição.



GOVERNO DE SANTA CATARINA  
Secretaria de Estado da Saúde  
Sistema Único de Saúde  
Superintendência de Vigilância em Saúde  
Diretoria de Vigilância Epidemiológica  
Gerência de Vigilância de Agravos, Infecciosos, Emergentes e Ambientais

## PROGRAMA ESTADUAL DE CONTROLE DA HANSENIASE

### SOLICITAÇÃO DE TALIDOMIDA 100 MG

Gerência Regional de Saúde (GERSA): \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO	UPDT*	NOME DO USUÁRIO	Nº NOTIFICAÇÃO DA RECEITA DE TALIDOMIDA	CID-10	POSOLOGIA

Nota: \*Conferir no site abaixo a validade do credenciamento: <http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php/joomlaorg/2013-08-13-20-53-09/category/270-updt>

Hanseníase: CID A 30/Reação tipo 2 ou Eritema Nodoso Hansênico (ENH).  
Dose 100 a 400 mg/dia conforme a gravidade do caso. (Portaria nº149/2016)



# Solicitação para pacientes HIV/Aids com úlceras aftoides idiopáticas

## Anexos Obrigatórios

Notificação de Receita  
de Talidomida  
Anexo VI

Termo de  
Responsabilidade/  
Esclarecimento  
Anexos V-A ou V-B

Escanear os  
documentos  
em um único anexo

[logisticademedicamentos@saude.sc.gov.br](mailto:logisticademedicamentos@saude.sc.gov.br)

A Talidomida não deverá ser solicitada pelo SICLOM e não haverá estoque estratégico nas UDM. Após a análise dos documentos, a DIAF libera a distribuição para a unidade credenciada do município.

# Solicitação para Lúpus, MM, DECH.

## SMD



### Anexos Obrigatórios

Notificação de Receita  
de Talidomida  
Anexo VI

Termo de  
Responsabilidade/  
Esclarecimento  
Anexos V-A ou V-B

Exames  
Conforme  
a doença (PCDT)

Documentos  
pessoais

Escanear todos os documentos  
em um único anexo

[talidomidadiaf@saude.sc.gov.br](mailto:talidomidadiaf@saude.sc.gov.br)

O paciente deverá se dirigir a uma unidade do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do seu município de residência.

Talidomida : Componente Estratégico de Assistência Farmacêutica! O controle é realizado no SISMEDEX (Sistema operacional do CEAF)

O envio do processo físico é obrigatório. O envio por e-mail é para agilizar a avaliação.



# Notificação de Receita de Talidomida

## Anexo VI

- 2 vias: 1ª paciente; 2ª UPDT (10 anos)
- Devidamente preenchida
- Validade: 20 dias somente na unidade federativa onde foi emitida.
- Quantidade de comprimidos não poderá ser superior à necessária para 30 dias de tratamento.
- Preenchimento:
- Número da notificação de Receita
- CID
- Médico cadastrado
- Farmacêutico
- Dispensação exclusiva do profissional farmacêutico

**IMPORTANTE**

ANEXO VI

### NOTIFICAÇÃO DE RECEITA DE TALIDOMIDA

Notificação de Receita de Talidomida

UF: \_\_\_\_\_ NÚMERO: \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

**ATENÇÃO**

“Proibida para mulheres grávidas ou com chance de engravidar”

“Talidomida causa o nascimento de crianças sem braços e sem pernas”

1 - IDENTIFICAÇÃO DO MEDICADOR

Nome: \_\_\_\_\_ Nº. do Cadastro: \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Documento Oficial de Identificação nº: \_\_\_\_\_ Órgão emissor: \_\_\_\_\_

3 - IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE (SE FOR O CASO)

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone (se houver): \_\_\_\_\_

Documento Oficial de Identificação nº: \_\_\_\_\_ Órgão emissor: \_\_\_\_\_

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 - IDENTIFICAÇÃO DO FARMACÊUTICO DISPENSADOR

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

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



TERMO DE RESPONSABILIDADE / ESCLARECIMENTO PARA MULHERES COM MAIS DE 55 ANOS DE IDADE OU PARA HOMENS DE QUALQUER IDADE

## Termo de Responsabilidade/ Esclarecimento Anexo V-A

- Mulheres acima de 55 anos
- Homens em qualquer idade
- 3 vias: 1ª Prontuário  
2ª UPDT (10 anos)  
3ª Paciente

- Preenchimento:
- Médico cadastrado
- Paciente ou Responsável

A ser preenchido pelo (a) médico (a):

Eu, Dr. (a) \_\_\_\_\_ registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado \_\_\_\_\_ sob o número \_\_\_\_\_ sou o responsável pelo tratamento do(a) paciente \_\_\_\_\_ do sexo masculino  com idade de \_\_\_\_\_ anos completos, com diagnóstico de \_\_\_\_\_ para quem estou indicando o medicamento à base de talidomida.

1. Informe verbalmente ao paciente que este produto tem alto risco de causar graves defeitos congênitos no corpo dos bebês de mulheres que o utilizam na gravidez, que *não evita filhos e que não provoca aborto*. Portanto somente pode ser utilizado por ele (a). Não pode ser passado para nenhuma outra pessoa.
2. Informe verbalmente também que a talidomida pode causar problemas como sonolência, neuropatia periférica e pseudo abdome agudo.
3. Informe verbalmente ao paciente que poderá ser responsabilizado (a) na justiça, caso repasse o medicamento a base de talidomida a outra pessoa; deixe alguém tomar este medicamento no seu lugar ou use-o indevidamente.
4. Informe que o medicamento deve ser guardado em local seguro.
5. Recomende ao paciente do sexo masculino que utilize preservativo durante todo o tratamento com Talidomida e 30 (trinta dias) após o término e que informe a sua parceira e familiares o potencial risco da droga.
6. Informe que em caso de interrupção do uso deste medicamento, por qualquer motivo, este deve ser entregue à Autoridade Sanitária competente que providenciará a inutilização.
7. Certifique-me que o (a) paciente compreendeu as informações acima descritas.

Assinatura e carimbo do (a) médico (a): \_\_\_\_\_ C.R.M.: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A ser preenchido pelo (a) paciente:

Eu, \_\_\_\_\_, residente na rua \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, Orgão Expedidor \_\_\_\_\_, residente na rua \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_ e telefone \_\_\_\_\_

Recebi pessoalmente as informações do prescritor sobre o tratamento e:

NÃO CONCORDO COM O TRATAMENTO E NÃO UTILIZAREI A TALIDOMIDA

Assinatura: \_\_\_\_\_

CONCORDO que vou fazer e declaro que entendi as orientações prestadas. Entendo que este medicamento é para mim e que não devo passá-lo para ninguém.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome e Assinatura do responsável caso o (a) paciente seja menor de 18 anos, analfabeto, incapaz ou impossibilitado de locomoção: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, R.G. \_\_\_\_\_, órgão expedidor \_\_\_\_\_, responsável pelo (a) paciente \_\_\_\_\_, comprometo-me a repassar todas estas orientações do prescritor ao (a) paciente e estou ciente da minha responsabilidade solidária de evitar o uso indevido do medicamento.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# Termo de Responsabilidade/ Esclarecimento

## Anexo V-B

- Mulheres menores de 55 anos de idade
- 3 vias: 1ª Prontuário  
2ª UPDT (10 anos)  
3ª Paciente
- Exame Beta- HCG

- Preenchimento:
- Médico cadastrado
- Paciente ou Responsável

## ANEXO V - B

### TERMO DE RESPONSABILIDADE / ESCLARECIMENTO PARA PACIENTES DO SEXO FEMININO, MENORES DE 55 ANOS DE IDADE

A ser preenchido pelo (a) médico (a):

1. Informei verbalmente a paciente, com diagnóstico de \_\_\_\_\_, que o medicamento a base de talidomida tem altíssimo risco de causar deficiências graves no corpo do bebê se for consumido pela mãe durante a gravidez. Estas deficiências ocorrem no período bem inicial de formação do bebê, quando a maioria das mulheres ainda não sabe que está grávida.
2. Informei verbalmente à paciente que a talidomida pode causar sonolência, neuropatia periférica e pseudo-abdome agudo; que a talidomida não provoca aborto e não evita filhos e que não deve passar este medicamento para ninguém.
3. Expliquei verbalmente que como este remédio fica no corpo durante algum tempo após o tratamento e pode causar defeitos em bebês mesmo quando ela já terminou o tratamento, ela deve aguardar 30 dias antes de tentar engravidar após terminar o tratamento com talidomida.
4. Informei verbalmente à paciente que poderá ser responsabilizada na justiça, caso repasse o medicamento a base de talidomida a outra pessoa; deixe alguém tomar este medicamento no seu lugar ou use-o indevidamente.
5. Informei que o medicamento deve ser guardado em local seguro.
6. Constatei, por meio de teste de gravidez de **ALTA SENSIBILIDADE** (que detecta gravidez desde o primeiro dia de atraso menstrual), que a paciente não está grávida:  
Data do Teste: \_\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_  
Nome do laboratório onde foi realizado o teste: \_\_\_\_\_
7. Certifiquei-me que a paciente está utilizando 2 (dois) métodos para evitar gravidez altamente eficazes, sendo um deles de barreira:  
Métodos anticoncepcionais em uso: \_\_\_\_\_ Data do Início: \_\_\_\_\_
8. Informei a paciente que o seu parceiro deve usar preservativo nas relações sexuais ocorridas durante o tratamento.
9. Solicitei à paciente que me mantenha sempre informado (a) sobre as reações adversas à medicação, ou sobre qualquer problema com a anticoncepção durante o tratamento, retornando à consulta periodicamente conforme estabelecido.
10. Informei verbalmente a paciente que caso venha a suspeitar que esteja grávida, deverá parar imediatamente o tratamento e me procurar.
11. Informei que em caso de interrupção do uso deste medicamento, por qualquer motivo, este deve ser entregue à Autoridade Sanitária competente que providenciará a inutilização.
12. *Certifiquei – me que a paciente compreendeu todas as informações por mim prestadas.*

Assinatura e Carimbo do (a) Médico (a): \_\_\_\_\_ C.R.M.: \_\_\_\_\_

A ser preenchido pela paciente:

Eu, \_\_\_\_\_ Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_

Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ residente na rua \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ e telefone \_\_\_\_\_

recebi pessoalmente as informações do prescritor sobre o tratamento e:

NÃO CONCORDO COM O TRATAMENTO E NÃO UTILIZAREI A TALIDOMIDA

Assinatura: \_\_\_\_\_

CONCORDO que vou fazer o tratamento e declaro que recebi pessoalmente as informações sobre o tratamento que vou fazer e declaro que entendi as orientações prestadas e me comprometo a cumprir as medidas para evitar a gravidez durante o tratamento e no prazo previsto no item 3, após o tratamento. Entendo que este remédio é só meu e que não devo passá-lo para ninguém.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome e Assinatura do responsável caso a paciente seja menor de 18 anos, analfabeto, incapaz ou impossibilitado de locomoção:  
Eu, \_\_\_\_\_, R.G. \_\_\_\_\_, órgão expedidor \_\_\_\_\_, responsável

pelo paciente \_\_\_\_\_, comprometo-me a repassar todas estas orientações do prescritor à paciente e estou ciente da minha responsabilidade solidária de evitar o uso indevido do medicamento.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_



# Solicitação para indicações não previstas na RDC/ANVISA nº11/2011

**Uso excepcional:** Como última alternativa terapêutica, e sendo indispensável a utilização do medicamento: solicitação de **AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DA ANVISA.**

## Anexos Obrigatórios 1ª solicitação

Notificação de Receita  
de Talidomida  
Anexo VI

Termo de  
Responsabilidade/  
Esclarecimento  
Anexos V-A ou V-B

Formulário de  
Justificativa  
de uso  
Anexo VII

Literatura  
que comprove  
a eficácia  
e segurança

Documentos  
pessoais

Escanear todos os documentos  
em um único anexo

[talidomidadiaf@saude.sc.gov.br](mailto:talidomidadiaf@saude.sc.gov.br)

Envio do processo por e-mail. Após a autorização da ANVISA encaminhar o processo físico.

# Solicitação para indicações não previstas na RDC/ANVISA nº11/2011

## Anexos Obrigatórios 2ª solicitação

Notificação de Receita  
de Talidomida  
Anexo VI

Termo de  
Responsabilidade/  
Esclarecimento  
Anexos V-A ou V-B

Relatório de  
evolução do caso  
Anexo VIII

Escanear todos os documentos  
em um único anexo

[talidomidadiaf@saude.sc.gov.br](mailto:talidomidadiaf@saude.sc.gov.br)

Envio do processo por e-mail.

DIAF encaminha para a Diretoria de Vigilância Sanitária (DIVS) que encaminha para a ANVISA.

# Devolução da Talidomida (RDC Nº11/2011)



Art. 54. Quando, por qualquer motivo, for interrompido o uso do medicamento à base de Talidomida, o prescritor e o dispensador devem orientar o paciente e/ou o seu responsável para que o devolva à unidade pública dispensadora.

§ 2º O medicamento à base de Talidomida devolvido não poderá, sob nenhuma hipótese, ser utilizado ou dispensado a outro paciente.

7º O farmacêutico somente poderá receber uma devolução de medicamento à base de Talidomida quando este tiver sido dispensado pela própria unidade pública dispensadora (Anexo XII).

§ 8º O paciente que estiver impossibilitado de devolver o medicamento Talidomida à unidade pública dispensadora onde o adquiriu deverá entregá-lo à autoridade sanitária competente mais próxima.



# Descarte da Talidomida (RDC Nº11/2011)



Art. 56. O descarte da substância e/ou do medicamento à base de Talidomida deverá ser realizado exclusivamente por incineração e após a aprovação e emissão de termo de incineração pela autoridade sanitária competente.



# Nota Técnica Conjunta nº12/2016-DIAF/DIVE/DIVS/DLOG

## Logística de descarte do Medicamento Talidomida 100 mg no Estado de Santa Catarina

### ➤ **MUNICÍPIO**

Talidomida vencida no estoque ou devolvida por paciente, encaminhar em 15 dias para VISA local para emissão de Auto de Intimação “encaminhamento para descarte por incineração”.

### ➤ **GERSA**



**Atenção!**  
**SISMEDEX**

Talidomida vencida deve ser apresentada para Visa local da própria GERSA para emissão de Auto de Intimação: “devolução por data de validade expirada”;

Identificar a qual programa o medicamento pertence (ex.: hanseníase, HIV/AIDS, Lúpus, MM, DECH e SMD ou CID não contemplados);

Encaminhar os medicamentos vencidos com cópia dos Autos de Intimação ao Almoxarifado da Gerência de Bens Regulares-GEBER;

GEBER encaminha para DIVS para emissão de Auto de Intimação: “encaminhamento para descarte por incineração”.



## Almoarifado LogFarma

Rua Judite Melo dos Santos, nº251/ Galpões 6 a 9  
Distrito Industrial - São José/SC - CEP: 88.104-765

**Ponto de referência:** em frente a INTELBRÁS (do outro lado da BR)

**Fones:** (48) 3665-4427/ (48) 3665-4428



# Programação

## ➤ Anual:

### Hanseníase:

Coordenação do Programa da Hanseníase e Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde.

Coordenação do Programa da Hanseníase(DIVE) e Diretoria de Assistência Farmacêutica da SES - SC.

### Lupus, Mieloma Múltiplo(MM), Doença Enxerto x Hospedeiro(DECH), Síndrome Mielodisplásica(SMD), Cids não contemplados e HIV:

Diretoria de Assistência Farmacêutica da SES - SC

Departamento de Assistência Farmacêutica do MS.

## ➤ Critérios técnicos:

Número de usuários de Talidomida (conforme planilha de cadastro de usuários) por Unidade dispensadora de Talidomida Credenciada no Estado.

# Obrigada!

## GEVRA/DIVE

**Laura Ourique**

Farmacêutica - GEVRA/DIVE

[estrategicosgevra@saude.sc.gov.br](mailto:estrategicosgevra@saude.sc.gov.br)

Fone: (48) 3664-7460

## GEAAF/ DIAF

**Graziella Melissa Scarton Buchrieser**

Farmacêutica – GEAAF/ DIAF

[talidomidadiaf@saude.gov.br](mailto:talidomidadiaf@saude.gov.br)

Fone: (48) 3665-4510

**Avalie a fórum de discussão de  
hoje:**

[https://goo.gl/forms/xSMaKIFM6I  
9IFS652](https://goo.gl/forms/xSMaKIFM6I9IFS652)



Se aparecerem novas dúvidas sobre o tema discutido hoje, ou sobre qualquer questão clínica ou de processo de trabalho, solicite uma teleconsultoria! É fácil e rápido. Estamos dispostos a ajudar!

[http:// telessaude.sc.gov.br](http://telessaude.sc.gov.br)

[telessaudesc@gmail.com](mailto:telessaudesc@gmail.com)