



HOSPITAL DA SÃO SEBASTIÃO PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

SETOR: Farmácia	Edição: 011
TÍTULO: REGISTRO E GUARDA DE MEDICAMENTOS DE USO PRÓPRIO	Área de Aplicação: Enfermarias.
ELABORADO: Jéssica Rangel REVISADO: Amanda Ferreira	
APROVADO: 15/10/2019	Data da Elaboração: 24/07/2019 Revisado: 16/02/2021
	Validade: 1 ano

1. OBJETIVO

1.1. Regularizar o processo de registro de informações e da guarda de medicamentos de uso próprio do paciente durante o período internado.

2. CONDIÇÕES / MATERIAIS NECESSÁRIOS

- 2.1. Termo de Responsabilidade de Medicamento de Uso Próprio
- 2.2. Termo de Recusa da Guarda de Medicamentos
- 2.3. Prancheta
- 2.4. Caneta

3. RESPONSABILIDADE

- 3.1. Farmacêuticas.

4. PROCEDIMENTO

- 4.1. A farmacêutica plantonista precisa ser informada pela equipe de enfermagem quando houver admissão de paciente trazendo medicamentos de uso próprio.
- 4.2. Após informe, a farmacêutica irá até a enfermaria para analisar quais dos medicamentos de uso próprio estão ou não inseridos na padronização do Hospital São Sebastião.
- 4.3. Caso algum medicamento faça parte da padronização, a farmacêutica informa ao paciente e familiares que não é necessário manter aquele medicamento para uso do paciente devido constar na lista de padronização e, obrigatoriamente, o hospital irá fornecer.
- 4.4. Em situação de haver medicamento de uso próprio que não faça parte da lista de padronização da instituição, a farmacêutica orienta ao paciente e familiares a necessidade de manter o medicamento ali para continuidade do uso e sugere que o mesmo seja mantido no hospital.
- 4.5. Ao paciente e familiares concordarem, registra-se as seguintes informações no Termo de Responsabilidade de Medicamento de Uso Próprio (em anexo): nome comercial, nome genérico, apresentação, lote, validade de quantidade
- 4.6. O medicamento será entregue à equipe de enfermagem para ser guardado na “colméia” do paciente e assim ser administrado no horário aprazado em prescrição.
- 4.7. Caso o paciente e familiares recusem que a guarda do medicamento seja feita pela enfermagem, então deve ser preenchido o Termo de Recusa de Guarda dos Medicamentos de Uso Próprio pela Enfermagem (em anexo) com as seguintes informações: nome comercial, nome genérico, apresentação, lote, validade de quantidade. Em seguida, o termo deve ser assinado atestando recusa.

5. RISCOS E LIMITAÇÕES

- 5.1. Não há.

6. ANEXOS

- 6.1. Termo de Responsabilidade de Medicamento de Uso Próprio
- 6.2. Termo de Recusa de Guarda dos Medicamentos de Uso Próprio pela Enfermagem
- 6.1. Termo de Responsabilidade de Medicamento de Uso Próprio

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE MEDICAMENTO DE USO PRÓPRIO

Nome do paciente: _____

Data: ____/____/____ Posto: _____ Leito: _____

O(s) medicamento(s) relacionado(s) abaixo para tratamento do(a) paciente não é (são) de procedência conhecida do hospital e não consta na lista de padronização, desta forma, me responsabilizo por sua qualidade, prazo de validade e condições de armazenamento e transporte.

MEDICAMENTOS

Nome comercial	Nome	Apresentação	Lote	Validade	Quantidade
----------------	------	--------------	------	----------	------------

	genérico				

Assinatura do responsável/paciente

6.2 .Termo de Recusa de Guarda dos Medicamentos de Uso Próprio pela Enfermagem

TERMO DE RECUSA DE GUARDA DOS MEDICAMENTOS DE USO PRÓPRIO PELA ENFERMAGEM

Eu, _____, atesto NÃO querer que os medicamentos de uso próprio listado (s) abaixo fiquem sob a guarda do setor de Enfermagem durante todo o período de internação hospitalar.

MEDICAMENTOS

	Nome comercial	Nome genérico	Apresentação	Lote	Validade	Quantidade
1						
2						
3						
4						
5						
6						

7						
8						
9						
10						

Assinatura do responsável/paciente