

PROGRAMA ESTADUAL DE CONTROLE DA HANSENÍASE

Contatos: (63) 3218-1731 Ligue-Hansen: 0800 642 7100

E-mail: hanseniasetocantins@gmail.com

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO MOVIMENTO MENSAL DE HANSENOSTÁTICOS E/OU ANTIRREACIONAIS

ATENÇÃO Antes de iniciar o preenchimento deve-se ter à mão o mapa do mês anterior e prontuário dos pacientes, para o preenchimento fidedigno das informações.

- ✓ **Município** – Colocar o nome do município;
- ✓ **Unidade de Saúde** – Nome da unidade de saúde, caso possua mais de uma, consolidar o mapa de todas as Unidades de Saúde e colocar o nome da SMS;
- ✓ **Telefone** – Da Unidade de Saúde, da central de distribuição ou SMS;
- ✓ **Data** – Data do preenchimento do pedido;

1. Medicamento – Conformelizado

2. Apresentação – Conformelizado.

3. Saldo do Mês Anterior – Ver no movimento anterior na coluna, **Saldo Final e copiar**.

4. Movimentação de Estoque:

4.1. Data de recebimento – É a data de liberação do medicamento pela Assistência Farmacêutica.

4.2. Quantidade Recebida – É a quantidade de cada item, liberada pela Assistência Farmacêutica no mês anterior.

4.3. Distribuído – É o que foi distribuído aos pacientes no mês.

4.4. Remanejado – É o quantitativo de medicamento remanejado para outro município. Esse campo será subtraído ou adicionado do saldo.

4.5. Inutilizado - Quantidade e data de vencimento. Refere-se ao quantitativo de medicamentos que perderam a validade e/ou com alteração de cor e/ou consistência em condições de armazenamento inadequadas.

5. Saldo Final – Refere-se ao quantitativo em estoque na data do preenchimento do movimento mensal.

6. **Validade** – Se tiver medicamentos com datas diferentes citar todas. Caso haja medicamentos próximos ao vencimento tentar remanejar para outro município, evitando desperdícios.
7. **Número de pacientes em tratamento** – Preencher este campo com o número de pacientes por cada medicamento, sendo que o nome dos pacientes deverá constar no anexo do movimento mensal.
8. **Quantidade Solicitada** – Quantidade suficiente para atender a demanda do próximo mês (manter reserva de 01 blíster de cada esquema de PQT e/ou de antirreacionais).

FÓRMULA PARA CÁLCULO DO MOVIMENTO MENSAL:

SALDO ANTERIOR + RECEBIDO - DISTRIBUÍDO - REMANEJADO-INUTILIZADO = SALDO FINAL
(mais) (menos) (menos) (menos)

9. Informações adicionais.

10. Assinatura do Responsável/Carimbo – Assinatura e carimbo do profissional médico, enfermeiro ou farmacêutico.

11. E-mail e telefone da Unidade – Importante preencher para manter sempre atualizado.

12. Observação: Pacientes em transito podem receber o tratamento instituído em outra unidade do município ou estado, desde que tenha comprovação de prescrição (**cartão de aprazamento e documento pessoal**). Administrar a dose supervisionada e registrar no cartão do paciente e na ficha de evolução (atendimento) na unidade.

MOVIMENTO MENSAL SEM ASSINATURA E CARIMBO NÃO SERÃO ACEITOS.

