



DECRETO MUNICIPAL Nº 10, DE 27 DE MARÇO DE 2024.

Ementa: Dispõe sobre a dispensação de insumos médico-hospitalares para procedimentos em domicílio e fórmulas para nutrição enteral de usuários do SUS residentes no município de Ibimirim, estado de Pernambuco, e dá outras providências.

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE IBIMIRIM, ESTADO DE PERNAMBUCO, no uso de suas atribuições legais,

DECRETA:

CAPÍTULO I

Da Inclusão do usuário no Cadastro de Usuários de Insumos Médico-Hospitalares para procedimentos em domicílio e fórmulas para nutrição enteral

Art. 1º. A inclusão do usuário no Cadastro para dispensação dos insumos médico-hospitalares destinados a procedimentos em domicílio e fórmulas para nutrição enteral, no âmbito do Município de Ibimirim, fica condicionada ao atendimento dos seguintes requisitos:

- I) Ser o usuário cadastrado, regulado no SUS;
- II) Ser o usuário residente no município de Ibimirim/PE;
- III) Ser portador de um diagnóstico que requeira, obrigatoriamente, a continuidade do procedimento em domicílio, que não necessite ser realizado por profissional de saúde;
- IV) Apresentação de relatório médico original, atualizado, legível e contendo:

- a) nome completo do usuário;
- b) descrição do diagnóstico de base (histórico detalhado);
- c) diagnóstico médico com o CID, com data atual.

V) Apresentação de receita/prescrição original, atualizada e legível, oriunda de serviço de saúde vinculado ao SUS, discriminando os insumos médico-hospitalares e/ou fórmulas para nutrição enteral necessários para o usuário, e previsão de tempo de tratamento.

§1º. Os relatórios e as receitas/prescrições terão validade de 90 (noventa) dias a contar da data de sua emissão.

§2º. O prazo de validade dos relatórios e receitas/prescrições poderá ter a validade de 180 (cento e oitenta) dias, nos casos em que, excepcionalmente, mediante justificativa médica, seja indicado o uso prolongado ou contínuo dos insumos Médico-Hospitalares para procedimentos em domicílio e/ou fórmulas para nutrição enteral.



1938 PUBLICADO

Em: 27/03/2024

IBIMIRIM



Rua Maria do Rosário Melo, 218, Areia Branca - Ibirimir - PE - CEP: 56-580-000

Art. 2º. No ato da solicitação dos insumos, o usuário e seu representante legal devem apresentar, além do que se refere o art. 1º, os seguintes documentos:

- I) cópia da certidão de nascimento ou documento oficial de identificação com foto;
- II) cópia do CPF;
- III) cópia do cartão SUS;
- IV) cópia de comprovante de endereço atual;
- V) Comprovante de cadastro em programas de auxílio social, se houver.

Art. 3º. Os insumos médico-hospitalares e/ou fórmulas para nutrição enteral serão dispensados no **CAF – Centro de Abastecimento Farmacêutico**, durante os horários de funcionamento regulares do órgão.

CAPÍTULO II

Do Processo Administrativo para fornecimento de Insumos Médico-Hospitalares para procedimentos em domicílio e fórmulas para nutrição enteral

Seção I Dos Critérios Econômico-financeiros

Art. 4º. O fornecimento do insumo e/ou fórmulas para nutrição enteral dos usuários deverá observar os seguintes critérios:

I) Para o recebimento de 100% (cem por cento) dos insumos e/ou fórmulas para nutrição enteral, a renda familiar *per capita* do usuário não deve ultrapassar o valor correspondente a 1 (um) salário mínimo;

II) Para o recebimento de 75% (setenta e cinco por cento) dos insumos e/ou fórmulas para nutrição enteral, a renda familiar *per capita* do usuário não deve ultrapassar o valor correspondente a 1,5 (um e meio) salários mínimos;

III) Para o recebimento de 50% (cinquenta por cento) dos insumos e/ou fórmulas para nutrição enteral, a renda familiar *per capita* do usuário não deve ultrapassar o valor correspondente a 2 (dois) salários mínimos;

IV) Para o recebimento de 25% (vinte e cinco por cento) dos insumos e/ou fórmulas para nutrição enteral, a renda familiar *per capita* do usuário não deve ultrapassar o valor correspondente a 3 (três) salários mínimos.

§1º. Para a avaliação da renda familiar do usuário, serão utilizados primordialmente os cadastros de renda em programas de auxílio social das esferas federal, estadual e municipal.

§2º. Nos casos em que o usuário não possuir cadastro em programas de auxílio social, será determinada a realização de visita de Assistente Social, para a determinação da renda *per capita*.

§3º. Nos casos em que o usuário possua renda familiar entre 3 (três) e 5 (cinco) salários mínimos *per capita*, e que sejam portadores de prescrições cujo valor do tratamento no período prescrito ultrapasse 50% (cinquenta por cento) de sua renda familiar no mesmo período, será realizado fornecimento equivalente a 15% da prescrição.

1938

IBIRIMIR



Seção II Do Processo Administrativo

Art. 5º. O usuário ou seu representante legal deverá apresentar toda a documentação exigida nos arts. 1 e 2 do presente decreto ao CAF – Centro de Abastecimento Farmacêutico, durante os horários de funcionamento regulares do órgão.

Art. 6º. Após a conferência e conformidade dos documentos apresentados, será efetuado o cadastro por meio da ficha de cadastro de usuários de insumos médico-hospitalares para procedimentos em domicílio e fórmulas para nutrição enteral, nos termos do anexo I.

Art. 7º. O CAF – Centro de Abastecimento Farmacêutico será responsável pela análise administrativa do pleito, e pela emissão de parecer favorável ou desfavorável ao pedido pleiteado, no prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos.

Parágrafo único. Caberá ao CAF – Centro de Abastecimento Farmacêutico, quando se demonstrar a necessidade, a solicitação da avaliação de que trata o §2º do art. 4º.

Art. 8º. Após a ciência do parecer emitido pelo CAF, em caso de deferimento, o usuário deverá dirigir-se ao CAF para recebimento das orientações e informativos referentes a todo o processo de dispensação dos insumos Médico-Hospitalares para procedimentos em domicílio e fórmulas para nutrição enteral, especialmente questões referentes à manutenção, suspensão, acompanhamento e renovação da documentação do tratamento.

Art. 9º. O usuário deve comprometer-se com a utilização dos insumos na realização do referido procedimento, por meio do preenchimento e assinatura do Termo de Responsabilidade e Consentimento do Usuário para Inclusão na Dispensação de Insumos Médico-Hospitalares para procedimentos em domicílio e fórmulas para nutrição enteral, no ato de seu recebimento e a cada renovação (inclusão) do relatório e receita/prescrição médica.

Art. 10. O usuário ou o seu responsável legal deve conferir e receber o quantitativo de insumos Médico-Hospitalares para procedimentos em domicílio e fórmulas para nutrição enteral, e assinar o documento de Acompanhamento da Dispensação de Insumos Médico-Hospitalares para procedimentos em domicílio e fórmulas para nutrição enteral, que deverá ser renovado a cada nova solicitação.

Art. 11. Ao receber os insumos Médico-Hospitalares para procedimentos em domicílio e fórmulas para nutrição enteral, o usuário ou o seu representante legal deverá participar das orientações de um profissional de saúde ou equipe multiprofissional, a serem realizadas na unidade básica de saúde da sua área de abrangência para o uso correto e adequado dos mesmos.

Art. 12. No caso de indeferimento do processo administrativo, o usuário ou seu representante legal terá um prazo de 01 (um) mês após tomar ciência da decisão, para apresentar contestação ou apresentar nova documentação.

Art. 13. Transcorrido o prazo de que trata o art. 12 sem que haja manifestação do requerente ou seu representante legal, o processo será encaminhado para arquivamento definitivo.



Rua Maria do Rosário Melo, 218, Areia Branca - Ibimirim - PE - CEP: 56-580-000

Art. 14. Em caso de contestação, a análise se dará por profissional da unidade básica de saúde da área de abrangência do requerente, que deverá emitir novo parecer favorável ou desfavorável ao pedido pleiteado, no prazo máximo de 7 (sete) dias corridos.

§1º. Sendo o parecer desfavorável, proceder-se-á ao arquivamento definitivo do processo administrativo.

§2º. Sendo o parecer favorável, proceder-se-á ao procedimento regular de dispensação dos insumos Médico-Hospitalares para procedimentos em domicílio e fórmulas para nutrição enteral.

Art. 15. Sendo o processo administrativo arquivado definitivamente, o usuário ou seu representante legal poderá realizar nova solicitação, sendo gerado novo processo, no prazo de 15 (quinze) dias após a ciência da decisão que gerou o arquivamento do processo administrativo.

Art. 16. Havendo alteração de endereço, durante o período do processo administrativo, o usuário ou seu representante legal deverá comparecer ao CAF – Centro de Abastecimento Farmacêutico, informando o novo endereço, e protocolando novo documento comprobatório de residência.

Parágrafo Único. Nos casos em que, durante o período do processo administrativo, houver alteração da cidade/domicílio de residência do usuário, fica o usuário ou seu representante legal obrigado a informar no CAF- Centro de Abastecimento Farmacêutico o novo endereço, para que se possa proceder ao arquivamento do processo.

Art. 17. A Ficha de Acompanhamento da Dispensação de Insumos Médico-Hospitalares para procedimentos em domicílio e fórmulas para nutrição enteral deverá ser preenchido e assinado a cada dispensação, em duas vias, as quais devem conter a descrição e o quantitativo de insumos médico-hospitalares e/ou fórmulas liberados (as), sendo uma via do usuário e a segunda via da Secretaria Municipal de Saúde para monitoramento.

CAPÍTULO III

Dos critérios de monitoramento e avaliação da necessidade de continuidade da dispensação de insumos médico-hospitalares e/ou fórmulas para nutrição enteral

Art. 18. O usuário será monitorado pela equipe da Unidade Básica de Saúde da sua área de abrangência, levando-se em consideração as atribuições de cada profissional, as peculiaridades de cada usuário e as especificidades de cada tipo de procedimento e a necessidade.

Art. 19. No primeiro retorno, o usuário deverá passar por consulta com um profissional de saúde ou equipe multiprofissional capaz de avaliar sua situação, podendo ser encaminhado à consulta médica após avaliação e adoção das primeiras intervenções, conforme a necessidade de cada usuário.

Art. 20. O usuário que apresentar evolução do procedimento favorável e compatível com o período de tratamento deverá ser avaliado/reavaliado por consulta com um profissional de saúde ou equipe multiprofissional capaz de avaliar sua situação ante ao comparecimento à Unidade de Saúde de sua área de abrangência, cujo relatório deverá ser arquivado no Processo pela equipe.

Parágrafo único. O usuário que apresentar impossibilidade física de locomoção até a Unidade de Saúde deverá ser avaliado pela equipe da Unidade Básica de Saúde por meio da visita domiciliar.

Art. 21. Em caso de o usuário não apresentar evolução favorável e compatível com o período mínimo de tratamento, ou na suspeita de infecção ou a associação de outros fatores relacionados ao resultado negativo da evolução do procedimento, o profissional de saúde ou equipe multiprofissional capaz de avaliar sua situação poderá indicar ou encaminhar o usuário para avaliação médica referente a outros procedimentos ou definição de diagnóstico diferencial.

Art. 22. O usuário ou seu representante legal é o responsável por apresentar nova receita/relatório, dentro do prazo de que trata o art. 1º, parágrafo único, no CAF – Centro de Abastecimento Farmacêutico, para a continuidade do fornecimento do insumo e/ou fórmulas para nutrição enteral.

CAPÍTULO IV

Dos critérios de desligamento da liberação de insumos para procedimento domiciliar

Art. 23. Para o desligamento da liberação do insumo para o procedimento, deverá ser realizada avaliação e registro por profissional de saúde ou equipe multiprofissional da Unidade de Básica Saúde da área de abrangência do usuário, conforme os seguintes critérios:

- I) **Por cura** - quando não mais for necessária a realização do procedimento;
 - II) **Por abandono do tratamento** - quando o usuário não comparecer aos dois primeiros retornos sem comunicação prévia à Unidade de Saúde da área de abrangência ou à equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD); quando não corresponder corretamente às orientações e recomendações dadas pelos profissionais da equipe de saúde ou ainda; quando discordar do tratamento;
 - III) **Por solicitação** - quando o usuário pedir o desligamento;
 - IV) **Por encaminhamento** - quando o usuário for encaminhado à outro serviço de saúde para continuidade do tratamento;
 - V) **Por transferência** - quando o usuário mudar do seu domicílio da cidade de Ibimirim/PE para outras cidades, outros Estados;
 - VI) **Por falência do tratamento** - quando, decorridos 06 (seis) meses do tratamento e com as referidas avaliações de retorno por profissional de saúde ou equipe multiprofissional capaz de avaliar sua situação, o usuário não apresentar evolução satisfatória do procedimento realizado no domicílio. Excepcionalmente nesse caso, deverá ser o usuário encaminhado para o serviço de referência que realizou a indicação inicial do tratamento para uma reavaliação do mesmo;
 - VII) **Por óbito** - no caso de falecimento do usuário durante o andamento do processo administrativo, o seu responsável legal ou familiar próximo fica incumbido de comunicar à Unidade de Saúde da área de abrangência do usuário, para que o processo seja encaminhado ao arquivamento.
- §1º.** O não comparecimento no local para a dispensação dos insumos médico-hospitalares e/ou fórmulas para nutrição enteral, por 02 (dois) meses consecutivos ou 03 (três) meses alternados, sem justificativa, ocasionará a cessação de seu fornecimento, e o arquivamento do processo de dispensação.



Rua Maria do Rosário Melo, 218, Areia Branca - Ibimirim - PE - CEP: 56-580-000
§2º. O arquivamento pela falta de comparecimento injustificado que menciona o §1º, ensejará a necessidade de início de novo processo administrativo pelo usuário, caso opte por nova solicitação.

CAPÍTULO V

Das disposições finais

Art. 24. O usuário deverá comparecer à Unidade de Saúde, sempre que solicitado ou com agendamento prévio para ser submetido à avaliação da evolução do procedimento, respeitando-se os prazos estabelecidos neste documento.

Art. 25. O usuário que, por impossibilidade física de locomoção até à Unidade de Saúde deverá ser avaliado por profissional de saúde ou equipe multiprofissional capaz de avaliar sua situação a Unidade de Saúde por meio da visita domiciliar, para manter a liberação ou suspensão dos insumos médico-hospitalares ou sondas para nutrição enteral.

Art. 26. Havendo alteração de endereço ou mediante solicitação da equipe de saúde do Centro de Abastecimento Farmacêutico - CAF, durante o período de dispensação regular dos Insumos Médico-Hospitalares para procedimentos em domicílio e fórmulas para nutrição enteral, o usuário ou seu representante legal deverá apresentar nova cópia atualizada de seu comprovante de residência.

Art. 27. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Ibimirim/PE, 27 de março de 2024.

José Welliton de Melo Siqueira
Prefeito



1938

IBIM



FICHA DE CADASTRO DE USUÁRIOS PARA DISPENSAÇÃO DE INSUMOS MÉDICO-HOSPITALARES
PARA PROCEDIMENTOS EM DOMICÍLIO E FÓRMULAS PARA NUTRIÇÃO ENTERAL

1. DADOS DO USUÁRIO		
NOME:		
NACIONALIDADE:		
PROFISSÃO:		
ESTADO CIVIL:		
IDENTIDADE/RG:	CPF:	
SUS:		
UBSF:		
ENDEREÇO:		
TELEFONE:		
2. RESPONSÁVEL LEGAL		() NÃO SE APLICA
NOME:		
NACIONALIDADE:		
PROFISSÃO:		
IDENTIDADE/RG:		
ENDEREÇO:		
3. DOCUMENTOS APRESENTADOS		
DO USUÁRIO: <input type="checkbox"/> RELATÓRIO MÉDICO ORIGINAL <input type="checkbox"/> RECEITA/PRESCRIÇÃO ORIGINAL <input type="checkbox"/> CÓPIA DA CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU DOCUMENTO OFICIAL DE IDENTIFICAÇÃO COM FOTO <input type="checkbox"/> CÓPIA DO CPF <input type="checkbox"/> CÓPIA DO CARTÃO SUS <input type="checkbox"/> CÓPIA DE COMPROVANTE DE ENDEREÇO ATUAL <input type="checkbox"/> COMPROVANTE DE CADASTRO EM PROGRAMAS DE AUXÍLIO SOCIAL		
DO REPRESENTANTE LEGAL: <input type="checkbox"/> CÓPIA DA CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU DOCUMENTO OFICIAL DE IDENTIFICAÇÃO COM FOTO <input type="checkbox"/> CÓPIA DO CPF <input type="checkbox"/> CÓPIA DO CARTÃO SUS <input type="checkbox"/> CÓPIA DE COMPROVANTE DE ENDEREÇO ATUAL		() NÃO SE APLICA
DIAGNÓSTICO/CID:		
QUANTAS VEZES POR DIA O PROCEDIMENTO/FÓRMULA É PRESCRITO:		
<input type="checkbox"/> UMA VEZ <input type="checkbox"/> DUAS VEZES <input type="checkbox"/> TRÊS VEZES <input type="checkbox"/> QUATRO VEZES <input type="checkbox"/> MAIS DE QUATRO VEZES		

1738

IBIM



Rua Maria do Rosário Melo, 218, Areia Branca - Ibimirim - PE - CEP: 56-580-000

TEMPO PREVISTO DE TRATAMENTO:

TIPO DE PROCEDIMENTO/FÓRMULA NECESSÁRIO (A):

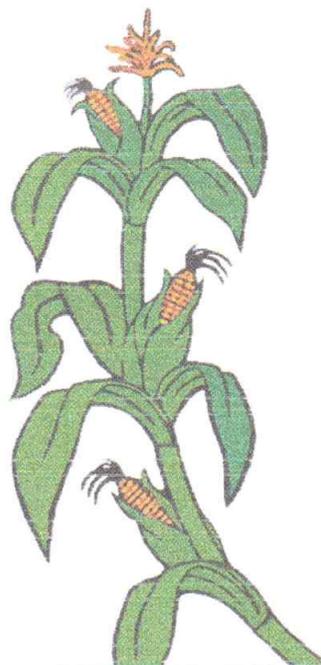
- CURATIVO/HIGIENIZAÇÃO EM GASTROSTOMIA
- CURATIVO/HIGIENIZAÇÃO EM ÓSTIO DE TRAQUEOSTOMIA
- CURATIVO EM ESCARAS (ÚLCERAS POR PRESSÃO)
- ASPIRAÇÃO DE SECREÇÃO ORAL/TRAQUEAL
- CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE LIMPO (CVIL)
- FÓRMULA _____
- OUTRO. ESPECIFICAR: _____

Ibimirim, ____ de ____ de ____.

Assinatura e carimbo profissional:

Usuário/responsável legal:

Observação: Este formulário deverá ser anexado ao Processo do usuário e permanecer até o desligamento da dispensação. O preenchimento dos dados do usuário deverá ser feito no ato do seu cadastro para inclusão no serviço de dispensação de insumos médico-hospitalares para procedimentos em domicílio e fórmulas para nutrição enteral, assinado pelo profissional e pelo usuário/responsável legal no local da dispensação.



1938



IBIM



Rua Maria do Rosário Melo, 218, Areia Branca - Ibimirim - PE - CEP: 56-580-000

ANEXO II

TERMO DE RESPONSABILIDADE E CONSENTIMENTO DO USUÁRIO PARA DISPENSAÇÃO DE INSUMOS MÉDICO-HOSPITALARES PARA PROCEDIMENTOS EM DOMICÍLIO E/OU FÓRMULAS PARA NUTRIÇÃO ENTERAL

Pelo presente **TERMO DE RESPONSABILIDADE E CONSENTIMENTO**, para minha inclusão na dispensação de insumos e uso dos mesmos nos procedimentos primários em domicílio, eu, _____, brasileiro (a), portador (a) do RG de nº _____, inscrito no CPF de nº _____, residente à _____, bairro _____, na cidade de Ibimirim, estado de Pernambuco, CEP _____, disponível para contato no telefone _____, após ter recebido as orientações e recomendações devidas, assumo e aceito os seguintes compromissos e responsabilidades de:

- 1) Zelar pelo bom manuseio e conservação adequada dos insumos médico-hospitalares e/ou fórmulas para nutrição enteral recebidos;
- 2) Garantir a utilização do insumo e/ou fórmulas para nutrição enteral conforme as orientações recebidas na unidade básica de saúde da minha área de abrangência;
- 3) Não comercializar ou desprezar quaisquer insumos e/ou fórmulas para nutrição enteral dispensados;
- 4) Apresentar no local de dispensação o comprovante de residência, caso haja mudança de endereço do usuário dentro do município de Ibimirim;
- 5) Comunicar, por via própria ou representante legal, no local de dispensação - CAF, caso haja mudança do atual endereço para outro município, ou ainda o óbito do usuário;
- 6) Apresentar, após 90 (noventa) dias de dispensação do insumo, relatórios e as receitas/prescrições atualizadas, para continuidade da dispensação.

Estou ciente de que o não comparecimento no local para a dispensação dos insumos médico-hospitalares e/ou fórmulas para nutrição enteral, por 02 (dois) meses consecutivos ou 03 (três) meses alternados, sem justificativa, ocasionará a cessação de seu fornecimento, e o arquivamento do processo de dispensação, ensejando a necessidade de início de novo processo administrativo pelo usuário, caso opte por nova solicitação.

Além de assumir o compromisso, a responsabilidade, **CONSINTO E AUTORIZO** o monitoramento do meu tratamento e acompanhamento pela equipe da Unidade Básica de Saúde da sua área de abrangência, bem como que sejam utilizados dos dados referentes ao(s) insumos médico-hospitalares e/ou fórmulas para nutrição enteral e da evolução do meu tratamento para acompanhamento, observados as determinações de que trata a Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD.

Ibimirim-PE, _____ de _____ de _____.

(Assinatura do paciente ou do seu representante legal)

Observação: Este Termo de Responsabilidade e Consentimento do Usuário para Inclusão na dispensação de insumos médico-hospitalares para procedimentos em domicílio e/ou fórmulas para nutrição enteral deverá ser preenchido e assinado pelo profissional e pelo usuário/responsável legal no local da dispensação do insumo. O mesmo deverá ser anexado ao Processo do usuário e permanecer até o desligamento da Dispensação.

IBIM

INFORMAÇÕES AO USUÁRIO SOBRE A ABERTURA DE PROCESSO ADMINISTRATIVO PARA INCLUSÃO NA DISPENSAÇÃO DE INSUMOS MÉDICO-HOSPITALARES PARA PROCEDIMENTOS EM DOMICÍLIO E/OU FÓRMULAS PARA NUTRIÇÃO ENTERAL NA REDE MUNICIPAL

- A inclusão do usuário para a dispensação regular dos insumos deverá atender aos seguintes critérios:

- 1) Ser portador de um diagnóstico que requeira, obrigatoriamente, a continuidade do procedimento em domicílio;
- 2) Ser o usuário residente no município de Ibimirim/PE;
- 3) Ser portador de um diagnóstico que requeira, obrigatoriamente, a continuidade do procedimento em domicílio, que não necessite ser realizado por profissional de saúde;
- 4) Apresentação de relatório médico original, atualizado, legível e contendo nome completo do usuário, descrição do diagnóstico de base, diagnóstico médico com o CID, com data atual;
- 5) Apresentação de receita/prescrição original, atualizada e legível, oriunda de serviço de saúde vinculado ao SUS, discriminando os insumos médico-hospitalares e/ou fórmulas para nutrição enteral necessários para o usuário, e previsão de tempo de tratamento.

No ato da solicitação dos insumos o usuário ou seu representante legal deverá apresentar os seguintes documentos:

- Cópia da certidão de nascimento ou documento oficial de identificação com foto;
- Cópia do CPF;
- Cópia do cartão SUS;
- Cópia de comprovante de endereço atual;
- Comprovante de cadastro em programas de auxílio social, se houver.

- O usuário deverá comprometer-se com a realização do procedimento por meio do preenchimento e assinatura do **TERMO DE RESPONSABILIDADE E CONSENTIMENTO DO USUÁRIO PARA DISPENSAÇÃO DE INSUMOS MÉDICO-HOSPITALARES PARA PROCEDIMENTOS EM DOMICÍLIO E/OU FÓRMULAS PARA NUTRIÇÃO ENTERAL**, no ato do recebimento do(s) insumo(s) e/ou fórmula(s).

Para garantir o acesso à dispensação dos insumos(s) e/ou fórmula(s), será necessário cumprir e responsabilizar-se pela continuidade do tratamento no domicílio, e a participação nas orientações técnicas dadas pela equipe de saúde.

Observação: Estas orientações são destinadas a usuário do SUS residente no município de Ibimirim que necessita abrir Processo Administrativo para solicitação de insumos médico-hospitalares para procedimentos em domicílio e/ou fórmulas para nutrição enteral na rede municipal. Poderá ser entregue a usuário no momento da Consulta médica ou no CAF.



1938

IBIM





ANEXO IV

ESCLARECIMENTOS AO USUÁRIO INCLUÍDO NA DISPENSAÇÃO DE INSUMOS MÉDICO-HOSPITALARES PARA PROCEDIMENTOS EM DOMICÍLIO E/OU FÓRMULAS PARA NUTRIÇÃO ENTERAL

Sr.(a) Usuário(a) de insumos médico-hospitalares para procedimentos em domicílio e/ou fórmulas para nutrição enteral,

Leia todas as orientações e esclarecimentos descritas neste texto para ciência das normas a serem seguidas ao ser incluído na dispensação de médico-hospitalares para procedimentos em domicílio e/ou fórmulas para nutrição enteral:

- A dispensação e a manutenção regular do fornecimento do insumo deverá atender aos seguintes critérios:
 - a) após o deferimento do processo administrativo, os relatórios e as receitas/prescrições Os relatórios e as receitas/prescrições terão validade de 90 (noventa) dias a contar da data de sua emissão, sendo o usuário ou seu representante legal responsável por apresentar a nova receita/relatório no CAF – Centro de Abastecimento Farmacêutico, para a continuidade do fornecimento do insumo e/ou fórmulas para nutrição enteral;
 - b) O não comparecimento no local para a dispensação dos insumos médico-hospitalares e/ou fórmulas para nutrição enteral, por 02 (dois) meses consecutivos ou 03 (três) meses alternados, sem justificativa, ocasionará a cessação de seu fornecimento, e o arquivamento do processo de dispensação;
 - c) Os insumos médico-hospitalares e/ou fórmulas para nutrição enteral serão dispensados no CAF – Centro de Abastecimento Farmacêutico, durante os horários de funcionamento regulares do órgão;
 - d) O usuário ou seu representante legal deverá levar toda a documentação exigida ao local de dispensação, e após a conferência dos documentos apresentados, será efetuado o cadastro, por meio da ficha de cadastro de usuários para dispensação de insumos médico-hospitalares para procedimentos em domicílio e fórmulas para nutrição enteral;
 - e) Ao receber os insumos médico-hospitalares ou fórmulas, o usuário ou o seu representante legal deverá participar das orientações de um profissional de saúde ou equipe multiprofissional, a serem realizadas na unidade básica de saúde da sua área de abrangência para o uso correto e adequado dos mesmos;
 - f) O usuário deve comprometer-se por meio do preenchimento e assinatura do Termo de Responsabilidade e Consentimento do Usuário para Dispensação de Insumos Médico-Hospitalares para Procedimentos em Domicílio e/ou Fórmulas para Nutrição Enteral no ato do recebimento do(s) insumo(s) e a cada renovação (inclusão) do relatório e receita/prescrição;
 - g) O usuário ou o seu responsável legal deve conferir e receber o quantitativo a ser recebido e assinar ficha de acompanhamento da dispensação de insumos médico-hospitalares para procedimentos em domicílio e/ou fórmulas para nutrição enteral, deverá ser renovado a cada dispensação, em duas vias, sendo uma via do usuário e a segunda via da Secretaria Municipal de Saúde para monitoramento.
- No caso de indeferimento do processo, o usuário ou seu representante legal terá um prazo de 01 (um) mês após tomar ciência da decisão, para apresentar contestação ou apresentar nova documentação. Caso não haja manifestação do requerente ou seu representante legal, após o transcorrer desse prazo, o processo será encaminhado para arquivamento definitivo.
- No caso de mudança de endereço dentro do município, durante o andamento do processo administrativo, deverá comparecer ao CAF – Centro de Abastecimento Farmacêutico, informando o novo endereço, e protocolando novo documento comprobatório de residência.
- No caso de mudança de endereço para outro município, no decorrer do andamento do processo administrativo, fica o usuário ou seu representante legal obrigado a informar no CAF- Centro de Abastecimento Farmacêutico o novo endereço, para que se possa proceder ao arquivamento do processo.
- O usuário será monitorado pela equipe da Unidade Básica de Saúde da sua área de abrangência, levando-se em consideração as atribuições de cada profissional, as peculiaridades de cada usuário e as especificidades de cada tipo de procedimento e a necessidade.

1938

IBIM



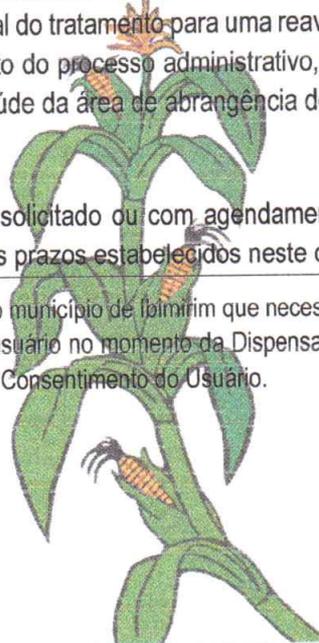
Rua Maria do Rosário Melo, 218, Areia Branca - Ibimirim - PE - CEP: 56-580-000

- No primeiro retorno, o usuário deverá passar por consulta com um profissional de saúde ou equipe multiprofissional capaz de avaliar sua situação, podendo ser encaminhado à consulta médica após avaliação e adoção das primeiras intervenções, conforme a necessidade de cada usuário.
- O usuário que apresentar evolução do procedimento favorável e compatível com o período de tratamento deverá ser avaliado/reavaliado por consulta com um profissional de saúde ou equipe multiprofissional capaz de avaliar sua situação ante ao comparecimento à Unidade de Saúde de sua área de abrangência, cujo relatório deverá ser arquivado no Processo pela equipe. O usuário que apresentar impossibilidade física de locomoção até à Unidade de Saúde deverá ser avaliado pela equipe da Unidade Básica de Saúde por meio da visita domiciliar;
- Em caso de o usuário não apresentar evolução favorável e compatível com o período mínimo de tratamento, ou na suspeita de infecção ou a associação de outros fatores relacionados ao resultado negativo da evolução do procedimento, o profissional de saúde ou equipe multiprofissional capaz de avaliar sua situação poderá indicar ou encaminhar o usuário para avaliação médica referente a outros procedimentos ou definição de diagnóstico diferencial

- Para o desligamento da liberação do insumo para o procedimento, deverá ser realizada avaliação e registro por profissional de saúde ou equipe multiprofissional da Unidade de Básica Saúde da área de abrangência do usuário, conforme os seguintes critérios:
 - I) Por cura - quando não mais for necessária a realização do procedimento;
 - II) Por abandono do tratamento - quando o usuário não comparecer aos dois primeiros retornos sem comunicação prévia à Unidade de Saúde da área de abrangência ou à equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD); quando não corresponder corretamente às orientações e recomendações dadas pelos profissionais da equipe de saúde ou ainda; quando discordar do tratamento;
 - III) Por solicitação - quando o usuário pedir o desligamento;
 - IV) Por encaminhamento - quando o usuário for encaminhado à outro serviço de saúde para continuidade do tratamento;
 - V) Por transferência - quando o usuário mudar do seu domicílio da cidade de Ibimirim/PE para outras cidades, outros Estados;
 - VI) Por falência do tratamento - quando, decorridos 06 (seis) meses do tratamento e com as referidas avaliações de retorno por profissional de saúde ou equipe multiprofissional capaz de avaliar sua situação, o usuário não apresentar evolução satisfatória do procedimento realizado no domicílio. Excepcionalmente nesse caso, deverá ser o usuário encaminhado para o serviço de referência que realizou a indicação inicial do tratamento para uma reavaliação do mesmo;
 - VII) Por óbito - no caso de falecimento do usuário durante o andamento do processo administrativo, o seu responsável legal ou familiar próximo fica incumbido de comunicar à Unidade de Saúde da área de abrangência do usuário, para que o processo seja encaminhado ao arquivamento.

- O usuário deverá comparecer à Unidade de Saúde, sempre que solicitado ou com agendamento prévio para ser submetido à avaliação da evolução do procedimento, respeitando-se os prazos estabelecidos neste documento.

Observação. Estas orientações são destinadas ao usuário do SUS residente no município de Ibimirim que necessita da continuidade de realização de procedimentos em domicílio. A mesma deverá ser entregue ao usuário no momento da Dispensação do Insumo, após o preenchimento e assinatura do Termo de Responsabilidade e Consentimento e Consentimento do Usuário.



1938

IBIM



Rua Maria do Rosário Melo, 218, Areia Branca - Ibimirim - PE - CEP: 56-580-000

ANEXO V

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA DISPENSAÇÃO DE INSUMOS MÉDICO-HOSPITALARES PARA PROCEDIMENTOS EM DOMICÍLIO E/OU FÓRMULAS PARA NUTRIÇÃO ENTERAL

NOME DO SUÁRIO: _____

PROCEDIMENTO DOMICILIAR/FÓRMULA: _____

UBSF RESPONSÁVEL: _____

Na data de ____/____/____, o usuário informou que não mudou de endereço e foram dispensados os seguintes insumos:	Quantidade
Agulha 40x12	
Álcool Gel	
Atadura Crepom	
Coletor de Urina Descartável (2000 mL)	
Compressa Cirúrgica	
Gaze Estéril (10 uni.)	
Luva de Procedimento	
Luva Cirúrgica	
Máscara Descartável	
Micropore	
Esparadrapo	
Óleo Mineral (100 mL)	
Seringa (20 mL)	
Seringa (60 mL)	
Solução Fisiológica 9% (100 mL)	
Solução Fisiológica 9% (10 mL)	
Solução Fisiológica 9% (500mL)	
Sonda Uretral	
Sonda Traqueal	
Uripem Masculino	
Xilocaina Gel (30g)	
Fórmula _____	
Outro(s): _____	

Assinatura Usuário: _____	
Assinatura dispensador: _____	

Observação: Este formulário é destinado ao registro, controle e acompanhamento da dispensação dos insumos médico-hospitalares para procedimentos em domicílio e/ou fórmulas para nutrição enteral e deverá ser preenchido e assinado a cada dispensação.

1ª Renovação de relatório e prescrição: ____/____/____

2ª Renovação de relatório e prescrição: ____/____/____

1938

IBIM

