

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA RETIRADA DE POLIQUIMIOTERAPIA ÚNICA/PQT-U (MEDICAMENTO HANSENOSTÁTICO) NA REDE PÚBLICA POR USUÁRIOS ACOMPANHADOS PELA REDE PRIVADA RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

INSTRUÇÃO: Este termo deve ser preenchido por pessoas residentes no município de São Paulo que escolham realizar o acompanhamento do tratamento para Hanseníase em serviços privados, fora da rede pública municipal de referência, e que optem por fazer a retirada de Poliquimioterapia Única (PQT-U) em unidade de saúde da rede pública municipal. Este documento deverá ser apresentado pelo usuário ou representante a cada retirada de medicamento(s).

Cadastro de pessoa em tratamento para Hanseníase na rede particular

Eu, _____

CNS: _____ CPF _____ Telefone: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade : _____ CEP: _____

() Declaro que fui orientado sobre a disponibilidade do tratamento e acompanhamentos para hanseníase nas Unidades Municipais de Referência de forma gratuita, e decido realizar o tratamento na rede privada, e somente retirar o medicamento na unidade pública municipal. Estou ciente, que mensalmente deverei comparecer à mesma unidade pública municipal onde foi realizada a primeira retirada do medicamento e apresentar o comprovante da dose assistida, assinado pelo profissional que fez a supervisão da dose para retirada do próximo mês de tratamento. Deverei apresentar prescrição médica de acordo com a Portaria SMS.G nº 440/23, CNS – Cartão Nacional de Saúde do usuário e esta declaração com validade de no máximo 6 meses.

() Declaro que fui orientado sobre a disponibilidade do tratamento e acompanhamentos para hanseníase nas Unidades Municipais de Referência de forma gratuita, e decido realizar o tratamento na rede privada, e somente retirar o medicamento e realizar a dose supervisionada na unidade pública municipal. Estou ciente que mensalmente deverei comparecer à mesma unidade pública municipal onde foi realizada a primeira retirada do medicamento, para retirar o tratamento do próximo mês e realizar a dose assistida. Deverei apresentar prescrição médica de acordo com a Portaria SMS.G nº 440/23, CNS – Cartão Nacional de Saúde do usuário e esta declaração com validade de no máximo 6 meses.

Para retirar o(s) medicamento(s), apresentar o Termo de Responsabilidade com o preenchimento de todos os campos e assinatura da pessoa que irá fazer o tratamento, bem como a assinatura do médico que se responsabilizará pelo acompanhamento do paciente, comprovante de supervisionamento do tratamento medicamentoso assistido preenchido e a prescrição médica de acordo com as orientações da Portaria 440/23 .

Assinatura do usuário: _____ Data: _____

Termo de responsabilidade prescritor

Responsabilizo-me por garantir o supervisionamento do tratamento medicamentoso e demais ações de controle da doença, conforme consta no Programa Municipal de Controle da Hanseníase - Protocolo das Ações de Controle de Hanseníase no Município de São Paulo

(https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/protocolo_hansen%C3%ADase_22_02_22.pdf), como avaliação de incapacidades físicas, exame de contatos, encaminhamentos pertinentes (reabilitação física do paciente, como também vacinação e teste rápido dos contatos após exame dermatoneurológico e afastado o diagnóstico de hanseníase dos mesmos) e atualização mensal das informações sobre as ações protocolares de controle da doença, junto a Unidade de Vigilância em Saúde (UVIS), por todo o período de tratamento que seria feito pela unidade pública municipal, realizar a notificação compulsória (link: https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/vigilancia_em_saude/doencas_e_agrivos/hanseniasse/6199#hanseniasse_notificacao), bem como o registro das doses e todo o seguimento conforme Protocolo das Ações de Controle de Hanseníase no Município de São Paulo e a busca por contatos de convivência do paciente, bem como avaliação dos mesmos.

Forma clínica: () Indeterminada () Tuberculoide () Dimorfa () Virchoviana

Outra: _____

Número de doses supervisionadas: _____

Prescritor: _____ CRM: _____

Carimbo e assinatura: _____

Data: _____

Endereço do consultório: _____

Tel e e-mail para contato: _____

Obs: Em caso de dúvidas entrar em contato com a UVIS do seu território. Consultar UVIS de referência pelo link:

https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=1ZdzK_HpjS1xBTZbtGzHSq6y1OTzjW1XD&femb=1&ll=-23.605055522221733%2C-46.63091827411663&z=11

Declaro que as informações acima são verdadeiras e estou ciente de que a apresentação de informações falsas configura falsificação de documento público, conforme disposto no artigo 297 do Código Penal Brasileiro, podendo resultar em penalidades de acordo com a legislação vigente.

Além disso, afirmo, sob pena de incorrer no crime de falsidade ideológica, conforme descrito no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, que esta declaração é verdadeira e que o(s) medicamento(s) a ser retirado destina-se exclusivamente ao uso do paciente mencionado.

São Paulo, / /

Assinatura e carimbo com CRM: _____

PREENCHIMENTO PELA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA MUNICIPAL DE REFERÊNCIA

Acolhimento feito pela Unidade de Saúde pública municipal de referência

Unidade de Saúde: _____

Nome do profissional que fez as orientações: _____

Conselho de classe: _____ Número de registro: _____

Carimbo e assinatura: _____

A enfermagem da unidade dispensadora deverá encaminhar uma cópia dos seguintes documentos para a UVIS de referência, que encaminhará ao Programa Municipal de Controle da Hanseníase (email: proghansen@PREFEITURA.SP.GOV.BR): prescrição médica, termo de responsabilidade, número da notificação e registro da dose supervisionada pelo profissional da rede particular.

ANEXO: Termo de registro de dose assistida

1ª dose assistida: Data: _____
Medicamento: _____
Lote: _____ validade: _____
Carimbo e assinatura:

2ª dose assistida: Data: _____
Medicamento: _____
Lote: _____ validade: _____
Carimbo e assinatura:

3ª dose assistida: Data: _____
Medicamento: _____
Lote: _____ validade: _____
Carimbo e assinatura:

4ª dose assistida: Data: _____
Medicamento: _____
Lote: _____ validade: _____
Carimbo e assinatura:

5ª dose assistida: Data: _____
Medicamento: _____
Lote: _____ validade: _____
Carimbo e assinatura:

6ª dose assistida: Data: _____
Medicamento: _____
Lote: _____ validade: _____
Carimbo e assinatura:

7ª dose assistida: Data: _____
Medicamento: _____
Lote: _____ validade: _____
Carimbo e assinatura:

8ª dose assistida: Data: _____
Medicamento: _____
Lote: _____ validade: _____
Carimbo e assinatura:

9ª dose assistida: Data: _____
Medicamento: _____
Lote: _____ validade: _____
Carimbo e assinatura:

10ª dose assistida: Data: _____
Medicamento: _____
Lote: _____ validade: _____
Carimbo e assinatura:

11ª dose assistida: Data: _____
Medicamento: _____
Lote: _____ validade: _____
Carimbo e assinatura:

12ª dose assistida: Data: _____
Medicamento: _____
Lote: _____ validade: _____
Carimbo e assinatura:

Obs: A unidade dispensadora deverá enviar mensalmente uma cópia para a UVIS local.