



## LISTA DE MEDICAMENTOS DE DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

### REDE SUS DE BOM CONSELHO-PE

#### MEDICAMENTOS BÁSICOS

AAS 100 MG
ACEBROFILINA INFANTIL
ACIDO FOLICO 5 MG
ALBENDAZOL 40 MG/ML
ALBENDAZOL 400 MG
AMBROXOL ADULTO
AMBROXOL INF.
AMOXICILINA 50 MG/ML
AMOXICILINA 500 MG
ATENOLOL 25 MG
ATENOLOL 50 MG
AZITROMICINA 40 MG/ML
AZITROMICINA 500 MG
BEZENTACIL 1200 INJ.
BUDESONIDA 50 MCG/ DOSE (BOMBA)
CAPTOPRIL 25 MG
CEFALEXINA 500 MG
CEFALEXINA SUSP
CIPROFLOXACINO 500 MG
DEXAMETASONA CREME
DEXCLORFENIRAMINA XAROPE
DICLOFENACO DE POTASSIO
DIPIRONA SÓDICA 500 MG
DIPIRONA SÓDICA GOTAS
ENALAPRIL 10 MG
ENALAPRIL 20 MG
ENALAPRIL 5 MG
FENOTEROL
FLUCONAZOL 150 MG
FUROSEMIDA 40 MG
GLIBENCLAMIDA 5 MG
HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG





HIDROCORTISONA CREME
HIDROXIDO DE ALUMINIO XP
IBUPROFENO 300 MG
IBUPROFENO 50 MG/ML
IBUPROFENO 600 MG
LORATADINA 2 MG
LORATADINA XAROPE
LOSARTANA 50 MG
METFORMINA 500 MG
METFORMINA 850 MG
METRONIDAZOL 400 MG
METRONIDAZOL CREME
MICONAZOL CV
NEOMICINA CREME
PARACETAMOL 200 MG/ML 10ML
PARACETAMOL 500 MG
PERMANGANATO DE POTASSIO
PREDNISOLONA 20 MG
PREDNISOLONA 3MG/ML
PREDNISOLONA 5MG
PROPANOLOL 40 MG
SALBUTAMOL 100 MCG/DOSE
SIMETICONA GOTAS
SINVASTATINA 20 MG
SINVASTATINA 40 MG
SORO NASAL 0,9%
SULFATO FERROSO 40 MG
SULFATO FERROSO XAROPE
VITAMINA C
VITAMINA C GOTAS





## LISTA DE MEDICAMENTOS DE DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

### REDE SUS DE BOM CONSELHO-PE

#### MEDICAMENTOS DE CONTROLE ESPECIAL

ÁCIDO VALPROICO (VALPROATO DE SODIO) 250 MG
ÁCIDO VALPRÓICO (VALPROATO DE SÓDIO) 500 MG
ÁCIDO VALPRÓICO XAROPE 50 MG/ML
ALPRAZOLAM 0,5 MG
ALPRAZOLAM 1MG
AMANTADINA 100MG
AMITRIPTILINA 25 MG
BROMAZEPAM 3 MG
CARBAMAZEPINA 200 MG
CARBAMAZEPINA CR 200 MG (CR)
CARBONATO DE LÍTIU 300 MG
CITALOPRAM 20 MG
CLONAZEPAM 0,5 MG
CLONAZEPAM 2 MG
CLONAZEPAM GOTAS
CLORPROMAZINA 100 MG
DIAZEPAM 10 MG
DIAZEPAM 5 MG
DIVALPROATO DE SÓDIO 500MG ER (SÓ O ER)
FENITOINA 100 MG
FENOBARBITAL 100 MG
FENOBARBITAL GOTAS
FLUOXETINA 20 MG
FLURAZEPAM 30 MG
HALDOL DECANOATO INJ.
HALDOL GOTAS
HALOPERIDOL 1 MG
HALOPERIDOL 5 MG
LEVOMEPROMAZINA 100 MG
LEVOMEPROMAZINA 25 MG
LEVOMEPROMAZINA GOTAS
LIMBITROL (CLORDIAZEPOXIDO + AMITRIPTILINA)





LORAZEPAM 1 MG
NEULEPTIL 4%
OXICARBAMAZEPINA 300 MG
PAROXETINA 20 MG
PROMETAZINA 25 MG
RISPERIDONA 2 MG
SERTRALINA 50 MG - CX/30
TIORIDAZINA 25 MG
TIORIDAZINA 50 MG
TOPIRAMATO 50 MG - CX/60
URBANIL 10 MG CX C/ 20 COMP
VENLAFAXINA 75 MG - CX/30





## LISTA DE MEDICAMENTOS E INSUMOS FORNECIDOS PELO ESTADO PARA O MUNICIPIO

(ALGUMAS MEDICAÇÕES O PEDIDO É FEITO DE ACORDO COM A NECESSIDADE DE TRATAMENTO NO MUNICIPIO)

HPOCLORITO DE SODIO 2,0 A 2,5 % SOLUÇÃO 50 ml
INSULINA HUMANA NPH 100 UI/ML SUSPENSÃO INJETÁVEL 10 ML
INSULINA HUMANA REGULAR 100 UI/ML SUSPENSÃO INJETÁVEL 10 ML
INSULINA HUMANA NPH 100 UI/ML SUSPENSÃO INJETÁVEL 3 M
INSULINA HUMANA REGULAR 100 UI/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 3 ML
LEVONORGESTREL + ETINILESTRADIOL 0,15 + 0,03 COMPRIMIDO
LEVONORGESTREL 0,75 MG COMPRIMIDO
NORETISTERENO, ENANTATO DE + ESTRADIOL, VALERATO DE 50+5 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 1 ML
NORETISTERONA 0,35 MG COMPRIMIDO
ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA INJETÁVEL
DIU
ISONIAZIDA + RIFAMPICINA 75 + 150 MG COMPRIMIDO
ISONIAZIDA 100 MG COMPRIMIDO
RIFAMPICINA 150 MG + ISONIAZIDA 75 MG + PIRAZINAMIDA 400 MG + ETAMBUTOL 275 MG COMPRIMIDO
PRAZIQUANTEL 600 MG COMPRIMIDO
BENZETACIL 1200 AMPOLA





## **PASSO A PASSO PARA ACESSO A MEDICAÇÃO DE CONTROLE ESPECIAL**

1. O diagnóstico deve ser realizado por equipe de saúde de unidade do município.
2. O paciente recebe atendimento médico, o mesmo é encaminhado para farmácia central com receituário específico para sua medicação.
3. É necessário receita e documentação pessoal para a liberação das medicações na farmácia central do município.
4. De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve dirigir-se a Farmácia para dispensação do medicamento.
5. O prazo do tratamento vai depender da orientação médica, tendo o prazo Máximo de 3 meses, podendo ser renovado.





## **PASSO A PASSO PARA ACESSO A MEDICAÇÃO DE ALTO CUSTO**

1. O diagnóstico deve ser realizado pelo especialista correspondente a esta patologia.
2. O paciente recebe formulário para preenchimento do médico especialista do caso.
3. Encaminhamos o paciente para a farmácia do estado com formulário, laudo, receitas e documentação pessoal necessárias.
4. De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve dirigir-se a Farmácia de Pernambuco na data agendada para entrega dos documentos e dispensação do medicamento (caso já tenha disponível).
5. A resposta à Solicitação será emitida em até 30 (trinta) dias.
6. O programa de fornecimento tem o prazo de 6 meses, podendo ser renovado.
7. Os documentos para renovação do tratamento devem ser apresentados com antecedência de 30 (trinta) dias.
8. No mínimo a cada 6 (seis) meses o paciente deverá ser avaliado por especialista.

