



**PREFEITURA DE
GUARÄQUEÇABA**
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

REMUME



**PREFEITURA DE
GUARAPUAVA**
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

Secretaria Municipal da Saúde

Neiva Borget

Coordenação de assistência Farmacêutica

Vagner Campos Pereira, CRF-PR 27384

E-mail: farmaciaguaraquecaba@gmail.com
Tel: 3482-1620



ORIENTAÇÕES

- Todas as prescrições devem ser feitas em duas vias, podendo uma ser carbonada;
- As prescrições devem ser escritas de forma legível e conter:
 - ✚ **Nome do paciente;**
 - ✚ **Medicamento;**
 - ✚ **Posologia;**
 - ✚ **Quantidade do medicamento;**
 - ✚ **Data;**
 - ✚ **Assinatura e carimbo do prescritor.**
- Os medicamentos somente serão entregues com a apresentação da receita e documento de identificação: cartão SUS / RG e ou CPF.
- Somente serão aceitas prescrições de uso contínuo para medicamentos pertencentes ao grupo dos anti-hipertensivo, diabetes, asma e rinite e planejamento familiar. Para os demais grupos é obrigatório especificar a quantidade e tempo de tratamento.
- Receitas de antimicrobianos terão validade de 10 dias e as demais receitas 30 dias de validade.
- Medicamentos controlados pela portaria 344/98 (psicotrópicos) somente serão fornecidos para 2 meses de tratamento, exceto antiparkinsonianos e anticonvulsivantes que poderão ser prescritos para até 3 meses de tratamento com indicação médica na receita,
- Aparelhos e tiras para medição da glicemia somente serão fornecidos para pacientes insulino dependentes e mediante pedido médico.



MEDICAMENTOS BÁSICOS PADRONIZADOS

Item	Unidade	Descrição
01	Comprimido	Aciclovir 200mg
02	Comprimido	Ácido Acetilsalicílico 100mg
03	Comprimido	Ácido Fólico 5mg
04	Comprimido	Albendazol 400mg (dose única)
05	Frasco 10ml	Albendazol 40mg/ml Suspensão Oral (dose única)
06	Comprimido	Alendronato de Sódio 70mg
07	Comprimido	Alopurinol 300mg
08	Comprimido	Amiodarona 200mg
09	Comprimido	Carbonato de Cálcio 1250 mg (equivalente a 500 mg de Ca++) Comprimido
10	Comprimido	Carbonato de Cálcio + Vitamina D 1250mg + 400UI (equivalente a 500 mg de Ca++) Comprimido
11	Comprimido	Carvedilol 3,125 mg
12	Comprimido	Carvedilol 6,25 mg
13	Comprimido	Carvedilol 12,5 mg
14	Comprimido	Carvedilol 25 mg
15	Frasco 100 ml	Cetoconazol xampu 2% 20mg/ml
16	Frasco c/ 30 ml	Cloreto de Sódio 0,9% ,sol.nasal, spray ou conta gotas
17	Comprimido	Dexametasona 4mg
18	Creme 10g	Dexametasona 0,1% 1mg/g
19	Comprimido	Dexclorferinamina 2mg
20	Frasco 100 ml	Dexclorfeniramina (Maleato) 0,4mg/ml solução oral
21	Comprimido	Digoxina 0,25 mg
22	Frasco 10ml	Dipirona 500mg/ml
23	Comprimido	Dipirona 500 mg
24	Comprimido	Doxazosina 2mg
25	Cápsula	Espinheira Santa . (Extrato com 13 a 20mg de taninos)
26	Comprimido	Espironolactona 25mg
27	Comprimido	Finasterida 5mg
28	Cápsula	Fluconazol 150mg
29	Cápsula	Glycine Max 150mg
30	Frasco 150ml	Guaco xarope (extrato fluido) Mikania Glomerata Sprengel
31	Frasco 150ml	Hidróxido de Alumínio 60mg/ml Susp. Oral
32	Comprimido	Ibuprofeno 600mg
33	Frasco Gotas 30ml	Ibuprofeno 50mg/ml
34	Comprimido	Isossorbida, mononitrato 20mg
35	Cápsula	Itraconazol 100mg
36	Comprimido	Ivermectina 6mg
37	Frasco 120ml	Lactulose 667mg/ml solução oral
38	Comprimido	Levodopa + Benserazida 100/25mg
39	Comprimido	Levodopa + Benserazida 200/50mg
40	Cápsula HBS	Levodopa + Benserazida 100/25mg
41	Comprimido	Levodopa + Carbidopa 25mg + 250mg



**PREFEITURA DE
GUARQUEÇABA**
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

42	Comprimido	Levotiroxina 25mcg
43	Comprimido	Levotiroxina 50mcg
44	Comprimido	Levotiroxina 100mcg
45	Frasco 100 ml	Loratadina 5mg/5ml Xarope
46	Comprimido	Loratadina 10 mg
47	Frasco Gotas 10ml	Metoclopramida 4 mg/ml
48	Comprimido	Metoclopramida 10 mg
49	Bisnaga 30g	Miconazol 20mg/ml creme dermatológico
50	Tubo 80g	Miconazol 2% creme vaginal
51	Frasco 60ml	Nistatina 100.000 U.I./ml Susp. Oral
52	Frasco 100 ml	Óleo mineral
53	Cápsula	Omeprazol 20mg
54	Frasco 15ml	Paracetamol 200 mg/ml
55	Comprimido	Paracetamol 500mg
56	Frasco 100g	Pasta d'água
57	Loção 60ml	Permetrina 1% (10mg/ml) - Uso Externo p/ PIOLHO
58	Loção 60ml	Permetrina 5% (50mg/ml) - Uso Externo p/ PIOLHO
59	Frasco 60ml	Prednisolona 3mg/ml
60	Comprimido	Prednisona 5mg
61	Comprimido	Prednisona 20mg
62	Comprimido	Prometazina 25mg
63	Envelope p/ 1litro	Sais para Reidratação Oral
64	Comprimido	Sinvastatina 20mg
65	Comprimido	Sinvastatina 40mg
66	Frasco 30ml	Sulfato Ferroso 25mg/ml
67	Comprimido	Sulfato Ferroso 40mg
68	Comprimido	Tiamina 300mg
69	Frasco 5ml	Timolol 0,5% sol oftálmica
70	Comprimido	Varfarina 5mg



ANTIMICROBIANOS PADRONIZADOS

71	Frasco 150ml	Amoxicilina 50mg/ml Suspensão Oral
72	Cápsula	Amoxicilina 500mg
73	Comprimido	Amoxicilina + Clavulanato 500+125mg
74	Frasco 75 ml	Amoxicilina + Clavulanato 50+12,5mg/ml
75	Comprimido	Azitromicina 500mg
76	Frasco 15 ml	Azitromicina 40 mg/ml - Susp. Oral 600mg
77	Fr. Ampola	Benzilpenicilina Benzatina 600.000U.I.
78	Fr. Ampola	Benzilpenicilina Benzatina 1.200.000U.I.
79	Frasco 100ml	Cefalexina 250mg/5ml Suspensão Oral
80	Cápsula / Comprimido	Cefalexina 500mg
81	Fr. Ampola	Ceftriaxona Sódica 1 g EV
82	Fr. Ampola	Ceftriaxona Sódica 500 mg IM
83	Comprimido	Ciprofloxacino 500mg
84	Comprimido	Claritromicina 500mg
85	Comprimido	Metronidazol 250mg
86	Tubo 50g	Metronidazol 100mg/g Gel Vaginal
87	Cápsula	Nitrofurantoína 100mg
88	Solução otológica Frasco	PolimixinaB(sulfato)+neomicina(sulfato)+fluocinolona acetonida+lidocaína(cloridrato) 10000UI/ml+3,5+0,25+20mg/ml
89	Bisnaga 30g	Sulfadiazina de Prata 10mg/g creme
90	Comprimido	Sulfametoxazol+Trimetoprima 400+80mg
91	Frasco100 ml	Sulfametoxazol+Trimetoprima 40+8mg/ml Susp.

ATENÇÃO

Medicamentos antimicrobianos deverão ser prescritos separados dos demais medicamentos e em duas vias também, pois a 2^a via ficará retida na farmácia e a receita terá validade de 10 dias. (RDC nº 20/2011)



MEDICAMENTOS AMBULATORIAIS PADRONIZADOS

Item	Unidade	Descrição
92	Ampola	Betametasona (acetato) + Betametasona (fosfato dissodico) 3mg/ml + 3mg/ml
93	Frasco	Brometo de Ipratrópico 0,025% - Sol. Inalatória
94	Ampola	Bromoprida 10mg 2 ml
95	Ampola	Butilbrometo de escopolamina 20mg/ml 1ml IM/EV/SC
96	Ampola	Butilbrometo escopolamina + Dipirona 4mg/ml + 500mg/ml – 5ml
97	Comprimido	Captopril 25mg
98	Ampola	Cetoprofeno 50 mg/ml IM 2 ml
99	Fr. Ampola	Cetoprofeno 100mg IV
100	Ampola	Dexametasona 4mg/ml IV/IM 2,5ml
101	Ampola	Diclofenaco 25mg/ml 3 ml
102	Ampola	Dipirona 500mg/ml 2 ml
103	Ampola	Furosemida 10mg/ml IV/IM 2 ml
104	Fr. Ampola	Hidrocortisona 500mg
105	Fr. Ampola	Hidrocortisona 100mg
106	Comprimido	Isossorbida 5mg sublingual
107	Tubo 30g	Lidocaína Geléia 2% uso uretal
108	Fr. Ampola	Lidocaína 2% 20ml sem vasoconstritor
109	Ampola	Metoclopramida 5mg/ml ampola 2ml
110	Fr. Ampola	Omeprazol 40mg
111	Ampola	Prometazina 25mg/ml 2ml
112	Ampola	Solução Fisiológica 0,9% 10ml
113	Bolsa	Solução Fisiológica 0,9% 250ml Sistema Fechado
114	Bolsa	Solução Fisiológica 0,9% 500ml Sistema Fechado
115	Bolsa	Solução Fisiológica 0,9% 1000ml Sistema Fechado
116	Pasta 30g	Sulfadiazina de prata 1% (Mandar receita) antibiótico

MEDICAMENTO PSICOTRÓPICO DE EMERGÊNCIA

Item	Unidade	Descrição
117	Comprimido	Diazepam 5mg
118	Ampola	Diazepam 10 mg – 2 ml
119	Ampola	Haloperidol Decanoato 70,52 mg/ml - 50 mg/ml – 1 ml
120	Ampola	Flumazenil 0,1mg/ml – 5 ml
121	Ampola 5ml	Midazolan 5mg/ml sol. injetável
122	Ampola 2ml	Tramadol 100mg/2ml sol. inj

Obs.: Medicamento dispensado mediante receita branca ou Azul em duas vias para uso exclusivo dentro da Unidade de Saúde. Quantidade máxima por prescrição: 5 ampolas.



**PREFEITURA DE
GUARQUEÇABA**
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

MEDICAMENTOS PADRONIZADOS PARA DIABETES

Item	Unidade	Descrição
123	Comprimido	Glibenclamida 5 mg
124	Comprimido	Gliclazida 30mg
125	Fr. Ampola-10 ml / Caneta 3ml	Insulina NPH 100 U.I/ml
126	Fr. Ampola-10 ml / Caneta 3ml	Insulina Regular 100 U.I/ml
127	Comprimido	Metformina 850 mg

Uso contínuo = Receita para 6 meses de tratamento

INSUMOS DISPENSADOS PARA O PROGRAMA DE DIABETES

Item	Unidade	Descrição
128		Seringa para aplicação de insulina
129		Tiras Reagentes para teste de glicemia
130		Monitor (glicosímetro) para medir glicemia
131		Lancetas

Obs: Estes insumos devem ser solicitados pelos médicos e são fornecidos somente para pacientes insulinos-dependentes.

MEDICAMENTOS PADRONIZADOS PARA HIPERTENSÃO

Item	Unidade	Descrição
132	Comprimido	Anlodipino 5 mg
133	Comprimido	Atenolol 50 mg
134	Comprimido	Enalapril 10mg
135	Comprimido	Enalapril 20mg
136	Comprimido	Espironolactona 25mg
137	Comprimido	Furosemida 40 mg
138	Comprimido	Hidroclorotiazida 25 mg
139	Comprimido	Losartana 50mg
140	Comprimido revestido	Metoprolol Succinato 50mg
141	Comprimido	Propranolol 40mg

Uso contínuo = Receita para 6 meses de tratamento.

MEDICAMENTO DE HIPERTENSÃO SOMENTE PARA GESTANTES

Item	Unidade	Descrição
142	Comprimido	Metildopa 250 mg



MEDICAMENTOS USADOS NA URGÊNCIA HIPERTENSIVA

Item	Unidade	Descrição
143	Comprimido	Captopril 25 mg

MEDICAMENTOS PADRONIZADOS PARA O PROGRAMA DA ASMA LEVE E MODERADA E RINITE

Item	Unidade	Descrição
144	Aerossol – oral bucal	Beclometasona 250 mcg
145	Aerossol – oral bucal	Beclometasona 50 mcg
146	Spray – nasal 120doses	Budesonida 32 mcg
147	Spray – nasal 120doses	Budesonida 64 mcg
148	Aerossol – oral bucal	Salbutamol 100 mcg

Obs.: Serão atendidas somente as prescrições, Programa Saúde da Família, Médicos Pneumologistas e Médicos Otorrinolaringologistas e Pediatras

USO CONTÍNUO = RECEITAS PARA 6 MESES DE TRATAMENTO

MEDICAMENTOS PADRONIZADOS PARA O PROGRAMA DE SAÚDE DA MULHER

Item	Unidade	Descrição
149	Unidade	D.I.U.
150	Bisnaga 50g	Estriol 1mg/g , creme vaginal
151	Comprimido	Levonorgestrel+Etinilestradiol 0,15mg+0,03mg c/21 comprimidos
152	Comprimido	Levonorgestrel 0,75 mg (pílula do dia seguinte) c/2 comprimidos
153	Comprimido	Noretisterona 0,35mg c/ 35 comprimidos
154	Ampola	Medroxiprogesterona 150mg (trimestral)
155	Ampola	Noretisterona+Estradiol 50mg+5mg (mensal)
156	Ampola	Medroxiprogesterona acetato 25mg + cipionato de estradiol 5mg ampola de 0,5ml
157	Ampola	Algestona acetofenida 150mg/ml + enantato de estradiol 10mg/ml ampola de 1ml



**PREFEITURA DE
GUARQUEÇABA**

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

- ✓ Os medicamentos poderão ser fornecidos pelo prazo de **1 ANO** utilizando **uma única receita**, após este período a paciente deverá consultar um ginecologista, médico do PSF ou clínico geral e receber uma nova receita para retirar o método na U.S. mais próxima à sua residência.
- ✓ **Para anticoncepcionais injetáveis dar preferência aos pacientes que não se adaptarem a pílula, seguindo orientações médicas.**
- ✓ As reposições de D.I.U. e dos outros métodos serão realizadas de acordo com a solicitação das U.S. mediante relatórios;
- ✓ Para fazer uso da pílula do dia seguinte, basta a paciente apresentar um documento de identificação (RG ou CPF), a farmácia deverá fazer um cadastro da paciente e entregar a pílula com as devidas orientações, **não é necessária apresentação da receita médica**.



MEDICAMENTOS DE SAÚDE MENTAL E NEUROLOGIA

Item	Unidade	Descrição
158	Frasco 100ml	Ácido Valpróico 50mg/ml Suspensão Oral
159	Cápsula	Ácido Valpróico 250mg
160	Comprimido	Ácido Valpróico 500mg
161	Comprimido	Amitriptilina 25mg
162	Comprimido	Biperideno 2mg
163	Comprimido	Carbamazepina 200mg
164	Frasco 100ml	Carbamazepina 20mg/ml Xarope
165	Comprimido	Carbonato de Lítio 300mg
166	Comprimido	Clorpromazina 25mg
167	Comprimido	Clorpromazina 100mg
168	Comprimido	Clomipramina 25mg
169	Sol. Oral 20ml	Clonazepan 2,5 mg/ml – notificação de receita azul
170	Comprimido	Diazepam 5mg – notificação de receita azul
171	Comprimido	Fenitoína 100mg
172	Comprimido	Fenobarbital 100mg
173	Frasco Gotas 20ml	Fenobarbital 4%
174	Comprimido / Cápsula	Fluoxetina 20mg cápsula
175	Comprimido	Haloperidol 1mg
176	Comprimido	Haloperidol 5mg
177	Frasco Gotas 20ml	Haloperidol 2mg/ml
178	Ampola	Haloperidol Decanoato 70,52mg/ml
179	Ampola	Haloperidol 5mg/ml 1ml

Obs.: Medicamentos psicotrópicos (portaria 344/98) somente poderão ser prescritos para **2 meses de tratamento**, salvo anticonvulsivantes e antiparkinsonianos que poderão ser prescritos para até 3 meses de tratamento. **Não serão aceitas prescrições com uso contínuo para esta classe de medicamentos.**

Obs: prescrever no máximo 3 psicotrópicos na receita.



**PREFEITURA DE
GUARAPUAVA**
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

MEDICAMENTO PARA TRATAMENTO DA TOXOPLASMOSE

Componente Estratégico da assistência Farmacêutica

Item	Unidade	Descrição
181	Comprimido	Ácido Folínico 15 mg (Folinato de Cálcio)
182	Comprimido	Espiramicina 500mg
183	Comprimido	Pirimetamina 25 mg
184	Comprimido	Sulfadiazina 500 mg

Demais pacientes – com lesão ocular por toxoplasmose:

- ✓ Receituário SUS (Validade trinta dias) no nome do paciente;
- ✓ Declaração médica comprovando a lesão ocular ativa;
- ✓ Xerox do comprovante de residência, RG, e CPF.

MEDICAMENTO PARA TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

Item	Unidade	Descrição
185	Comprimido	Isoniazida 100mg
186	Comprimido	Isoniazida + Rifampicina 75 + 150mg
187	Comprimido	Isoniazida + Rifampicina + Pirazinamida + Etambutol 75mg + 150mg + 400mg + 275mg

MEDICAMENTO PARA TRATAMENTO DA HANSENÍASE

Item	Unidade	Descrição
188	Comprimido	PQT MB Adulto CART(MH) Rifampicina 300mg + Dapsona 100mg + Clofazimina 100mg + 50 mg

MEDICAMENTOS USADOS PARA INFLUENZA

Item	Unidade	Descrição
189	Cápsula	Oseltamivir 35mg
190	Cápsula	Oseltamivir 45mg
191	Cápsula	Oseltamivir 75mg

PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A (PNSVA)

Item	Unidade	Descrição
192	Cápsula	Vitamina A 100.000UI
193	Cápsula	Vitamina A 200.000UI



**PREFEITURA DE
GUARQUEÇABA**
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

Normas para prescrição/dispensação de medicamentos sujeitos a controle especial de acordo com a Portaria 344/98.

Medicamentos	Controle Especial	Anabolizantes	Adendos das listas	Antirretrovirais
Receita de controle especial / Listas	C1 – Branca (2 vias)	C5 – Branca (2 vias)	A1, A2, B1 – Branca (2 vias)	C4 – Branca (2 vias)
Tarja	Vermelha	Vermelha	Vermelha	Vermelha
Validade da receita	30 dias	30 dias	30 dias	30 dias
Quantidade por período de tratamento	60 dias#	60 dias	60 dias	60 dias
Quantidade máxima por receita	5 ampolas 3 medicamentos*	5 ampolas	3 medicamentos	5 ampolas 3 medicamentos
Dispensação/ Abrangência	1^a via fica retida na farmácia. 2^a via é devolvida ao paciente. Carimbar e registrar a data e a quantidade de medicamento dispensada. Solicitar assinatura do paciente ou responsável. Todo território nacional.			- Receita de controle especial - Formulário Próprio do Programa DST/AIDS.

Esta regra, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, valerá também para os medicamentos anticonvulsivantes e antiparkinsonianos.

* **ATENÇÃO!** Evite prescrever 2 ou mais medicamentos C1 no mesmo receituário quando um deles não faz parte da **REMUME**.



**PREFEITURA DE
GUARAREMA**
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

Medicamentos	Entorpecentes E derivados	Psicotrópicos (benzodiazep.)	Anorexígenos	Retinóides	Imunossupressor (talidomida)
Notificação de receita/ Listas	A – amarela (A1, A2, A3)	B – azul (B1)	B – azul (B2)	Branca – (C2)	Branca – (C3)
Tarja	Preta	Preta	Preta	Vermelha	Vermelha
Validade da receita	30 dias	30 dias	30 dias	30 dias	15 dias
Quantidade por período de tratamento	Máximo 30 dias	Máximo 60 dias	Máximo 30 dias	Máximo 30 dias	Máximo 30 dias
Quantidade máxima por receita	5 ampolas 1 medicamento	5 ampolas 1 medicamento	1 medicamento	1 medicamento 5 ampolas	1 medicamento
Dispensação/ Abrangência	Nacional	Via única retida pela farmácia. Carimbar e registrar a data e a quantidade de medicamento dispensada. Solicitar assinatura do paciente ou responsável. Apenas no Estado onde foi concedida a numeração.		Apenas no Estado onde foi concedida a numeração.	
Fornecimento	Autoridade Sanitária Estadual / DF	Impressa pelo prescritor/ instituição		- receita especial - termo de consentimento assinado pelo usuário (retinóides). - termo de esclarecimento assinado pelo paciente e termo de responsabilidade em 2 vias, assinado pelo médico (talidomida)	

Normas para prescrição/dispensação de medicamentos de uso contínuo.

MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO*			
Medicamentos	Gerais	Anticoncepcionais	Insulinas
Receita	Simples 2 (vias)	Simples 2 (vias)	Simples 2 (vias)
Validade da receita	6 meses	1 ano	6 meses
Quantidade a ser dispensada	1 mês**	1 mês**	1 mês
Dispensação	1 ^a via fica com o paciente; 2 ^a via fica na farmácia; Carimbar e registrar a data, o tempo de tratamento dispensado ou a quantidade de cada medicamento entregue.		

** em situações de falta de medicamento ou estoque insuficiente para atender a demanda mensal, pode se reduzir a quantidade de tratamento entregue para 15 dias, a fim de atender o maior número de pacientes até recebimento do próximo pedido.



Normas para prescrição/dispensação de medicamentos antimicrobianos (RDC 20/2011).

MEDICAMENTOS ANTIMICROBIANOS		
Documentos exigidos	Receituário simples (2 vias) – Não há modelo específico	
Dados obrigatórios	<u>Identificação do paciente:</u> nome completo (legível); Nome do medicamento prescrito pela DCB, dose ou concentração, forma farmacêutica, posologia e quantidade (em algarismo arábico em não em caixas); <u>Identificação do eminente:</u> assinatura e carimbo do prescritor (nas duas vias). Data da emissão.	
Validade da receita	Tratamento único	Tratamento prolongado
	10 dias a partir da data de emissão.	Com indicação de uso contínuo, a receita tem validade de 90 dias.
Quantidade por período de tratamento	Deve atender essencialmente ao tratamento prescrito.	No caso de uso contínuo, a quantidade a ser utilizada a cada 30 dias.
Quantidade máxima de medicamento por receita	- não definido; - pode conter outros medicamentos desde que não sejam da Portaria de Controle Especial 344/98; - se houver mais de um antimicrobiano, sendo que um deles não consta na REMUME, devolver a 1^a via ao paciente, que poderá comprar o outro antimicrobiano com a mesma (a farmácia deverá fazer uma cópia e atestar o atendimento em ambas as vias).	
Dispensação	Retenção da 2^a via* e devolução da 1^a. A 1^a via deve ser devolvida ao paciente com carimbo de atendido. <i>Deve-se carimbar ambas vias com os seguintes registros**:</i> I – a data da dispensação; II – a quantidade aviada do antimicrobiano; III – o número do lote do medicamento dispensado. Para a dispensação informatizada é suficiente registrar a saída via sistema.	
	Tratamento único	Tratamento prolongado
	Entregar essencialmente a quantidade de acordo com posologia e duração de tratamento.	Pode-se dispensar o tratamento para 30 dias, em 3 vezes. Também é possível a dispensação de todo o medicamento em atendimento único (tratamento de 90 dias).
Abrangência	Todo o território nacional	

* Os estabelecimentos deverão manter à disposição das autoridades sanitárias, por um período de 2 (dois) anos a documentação referente às substâncias antimicrobianas e aos medicamentos de controle especial, como receitas médicas e notas fiscais de recebimento de medicamentos.