

Regulamento de Dispensa em Proximidade

[Identificação da ULS]

A. Âmbito

1. O presente regulamento estabelece as regras, critérios e procedimentos para dispensa em proximidade de medicamentos e produtos de saúde aos utentes e/ou cuidadores do [Nome do hospital/serviço de saúde].
2. A dispensa em proximidade consiste na entrega, num outro estabelecimento do SNS ou numa farmácia comunitária, de medicamentos e produtos de saúde habitualmente dispensados na farmácia hospitalar, mediante o cumprimento das condições abaixo descritas.
3. Os medicamentos e produtos de saúde dispensados em regime de proximidade devem permitir o tratamento para o período de 2 meses

B. Locais de Dispensa

Os locais que integram a dispensa de medicamentos em regime de proximidade são os que constam da página eletrónica do INFARMED, I.P., disponível [inserir link direto para área dedicada, quando disponível].

C. Critérios de Elegibilidade

1. O acesso à dispensa em proximidade depende da verificação das seguintes condições:
 - a) O utente manifestar interesse de forma livre e esclarecida;
 - b) O médico verificar que o utente se encontra estável do ponto de vista clínico e do ponto de vista do tratamento instituído;
 - c) O utente comparecer às consultas médicas e farmacêuticas agendadas;
 - d) O farmacêutico validar que o utente, ou o seu cuidador, está em condições de cumprir o protocolo terapêutico, bem como de identificar e comunicar quaisquer reações adversas ou outra informação que seja relevante.
2. A manutenção do utente no regime de proximidade depende da verificação das condições acima referidas, bem como do cumprimento dos deveres descritos abaixo.

D. Inclusão no regime de proximidade

O utente que cumpra os critérios de elegibilidade tem o direito de aderir ao regime de dispensa em proximidade. Para tal, deverá comparecer a uma consulta farmacêutica na farmácia hospitalar de

[Nome do hospital/serviço de saúde], na qual, após ter sido devidamente informado de todo o processo, preenche e assina a declaração anexa ao presente regulamento (Anexo I).

E. Direitos e deveres do utente

1. O utente que tenha aderido ao regime de dispensa em proximidade tem direito a:

- a) Escolher o local de dispensa de entre os disponíveis;
- b) Alterar o local de dispensa comunicando ao Serviço Farmacêutico Hospitalar (SFH) com 30 dias de antecedência;
- c) Solicitar, a todo o tempo, a sua exclusão do regime;
- d) Ter acesso aos medicamentos na quantidade necessária à garantia de continuidade do tratamento no local de dispensa de proximidade, em conformidade com a periodicidade definida;
- e) Obter os medicamentos no SFH do [Nome do hospital/serviço de saúde] caso ocorram ruturas de stock ou imprevistos logísticos na dispensa em proximidade;
- f) Ver garantido o sigilo sobre todos os seus dados que são tratados e partilhados entre os vários envolvidos no processo de dispensa em proximidade;
- g) Obter toda a informação necessária para a correta utilização do medicamento, bem como dispor de contacto dos SFH e FC para que possa esclarecer todas as suas dúvidas.

2. O utente tem o dever de:

- a) Comparecer às consultas médicas e farmacêuticas programadas e às dispensas previstas;
- b) Comunicar ao local de dispensa caso não consiga proceder ao levantamento da medicação até 7 dias após a data agendada para a dispensa, sob pena da medicação ser devolvida ao hospital;
- c) Respeitar as regras de organização e funcionamento dos locais de dispensa de medicamentos;
- d) Transportar, conservar e utilizar os medicamentos de acordo com as indicações fornecidas;
- e) Comunicar ao médico/farmacêutico todas as ocorrências relacionadas quer com a utilização do medicamento (por exemplo, a ocorrência de reações adversas), quer com o procedimento de dispensa à dispensa em proximidade (por exemplo, a receção de menos embalagens, a receção de um medicamento diferente do habitual, entre outros);
- f) Escolher um único local de dispensa em proximidade no caso de ser seguido em mais do que uma instituição hospitalar.

F. Suspensão e exclusão do regime de dispensa em proximidade

1. Em caso de verificação de rutura de medicamentos dispensados em proximidade, compete ao SFH encetar todas as diligências e implementar as medidas necessárias para garantir a continuidade de tratamento do doente, incluindo a suspensão temporária do ao regime de dispensa ao regime em proximidade, em articulação com o doente e restantes entidades envolvidas.

2. A exclusão do utente do regime de dispensa em proximidade pode ocorrer nas seguintes situações:

- a) Por decisão do utente – para tal, o utente deve comunicar ao SFH, através dos meios de comunicação referidos na declaração de adesão, com 30 dias de antecedência sobre a data pretendida para a exclusão.
- b) Por decisão clínica e/ou farmacêutica, sempre que se verifique:

- i) falta de adesão à terapêutica;
- ii) não sejam cumpridas as regras de funcionamento do regime de proximidade;
- iii) deixem de estar reunidos os critérios de elegibilidade.

3. Nos casos referidos no número anterior, o SFH comunica ao utente a sua exclusão do regime, acompanhada da respetiva fundamentação, bem como a data a partir da qual a exclusão produz efeitos.

G. Condições de acompanhamento do utente e contactos relevantes

1. O [Nome do hospital/serviço de saúde] continua a garantir o acompanhamento do utente ainda que a dispensa seja realizada em regime de proximidade, disponibilizando os contactos mais diretos para o efeito na minuta de declaração de opção do utente de adesão ao regime de dispensa de medicamento.

2. Sem prejuízo do disposto no número anterior, quaisquer outras comunicações no âmbito do presente regime devem ser efetuadas através dos seguintes contactos:

- a) Endereço de correio eletrónico,
- b) Telefone,
- c) Carta, se aplicável

H. Anexos

Anexo 1 – Minuta de declaração de opção do utente de adesão ao regime de dispensa de medicamento

Declaração de opção do utente de adesão ao regime de dispensa de medicamento

Eu, **Identificação do Utente**, com o número de utente **NNU**, telefone #####, e-mail @@@, pretendo que a minha medicação, habitualmente dispensada nos serviços farmacêuticos hospitalares do **[Nome do hospital/serviço de saúde]**, passe a ser dispensada no seguinte local - **Local de dispensa selecionado**.

Para o efeito, confirmo que tomei conhecimento de toda a informação relacionada com o acesso ao regime de dispensa em proximidade nomeadamente:

- a) Objetivos da consulta farmacêutica;
- b) Informação sobre a minha medicação, bem como os cuidados a ter (farmacovigilância e segurança do medicamento, transporte, armazenamento e eliminação do medicamento);
- c) Informação sobre os meus direitos e deveres;
- d) Informação sobre o tratamento de dados pessoais imprescindíveis ao serviço de dispensa em proximidade;
- e) A possibilidade de solicitar, a todo o tempo, junto dos serviços farmacêuticos do **[Nome do hospital/serviço de saúde]** a cessação da dispensa em proximidade, estando assegurado o retorno à dispensa presencial nos serviços farmacêuticos do **[Nome do hospital/serviço de saúde]**;
- f) A possibilidade de solicitar a alteração do local de dispensa junto dos serviços farmacêuticos do **[Nome do hospital/serviço de saúde]**, produzindo a comunicação efeito no máximo até 30 dias depois da data em que foi realizada.

Caso tenha dúvidas ou outras questões relacionadas com o seu tratamento, os contactos do **[Nome do hospital/serviço de saúde]** para efeitos de dispensa em proximidade, são os seguintes:

- a) Endereço de correio eletrónico
- b) Telefone

Os contactos do **Local de dispensa selecionado** são os seguintes:

- a) Endereço de correio eletrónico
- b) Telefone

Data e assinatura do utente/ representante legal/cuidador

A presente declaração é arquivada no processo do utente, sendo-lhe entregue uma cópia da mesma.