

## S.R. DA SAÚDE

Despacho n.º 1465/2016 de 15 de Julho de 2016

A Portaria n.º 128/2015, de 5 de outubro veio adaptar a legislação regional vigente às necessidades da prescrição eletrónica com a desmaterialização da receita, e respetivo alargamento e adaptação das regras do procedimento de prescrição de medicamentos, modelos de receita médica e as condições de dispensa de medicamentos atualmente em vigor para a prescrição eletrónica.

Nos termos do artigo 4.º, 11.º e 21.º da referida Portaria a regulamentação do diploma é efetuada por despacho do membro do Governo Regional com competência em matéria de saúde.

Assim, de acordo com as alíneas a) e h) do n.º 1 do artigo 90.º do Estatuto Político-Administrativo da Região Autónoma dos Açores, do n.º 2 do artigo 1.º do Decreto Legislativo Regional n.º 28/99/A, de 31 de julho, na redação dada pelo Decreto Legislativo Regional n.º 1/2010/A, de 4 de janeiro e nos termos dos artigos 4.º, 11.º e 21.º da Portaria n.º 128/2015, de 5 de outubro, determino o seguinte:

1 - As normas técnicas aplicáveis relativas à prescrição e dispensa de medicamentos e produtos de saúde em vigor na Região Autónoma dos Açores são as que estiverem emanadas pelas entidades com competência nacional na matéria, designadamente o INFARMED, I. P. e a ACSS, I. P., com as especificidades ou adaptações para a Região que sejam publicadas pela Sudaçor S.A., após homologação pelo membro do Governo Regional com competência em matéria de saúde.

2 – Os sistemas informáticos de prescrição por via eletrónica de medicamentos na Região Autónoma dos Açores, devem possuir declaração de conformidade definida pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, SPMS, E.P.E., com as especificidades ou adaptações para a Região que sejam publicadas através de normas técnicas pela Sudaçor S.A., após homologação pelo membro do Governo Regional com competência em matéria de saúde.

3 – A validação da conformidade dos requisitos específicos para a Região Autónoma dos Açores é efetuada pela Sudaçor S.A., estando os softwares obrigados a remeter os comprovativos que sejam solicitados por esta entidade.

4 – A adaptação dos sistemas de prescrição ao disposto no presente despacho e às regras de prescrição eletrónica com a desmaterialização da receita previstas na Portaria n.º 128/2015 de 5 de Outubro de 2015 ocorre no prazo máximo de 60 dias para os softwares em utilização pelas entidades do Serviço Regional de Saúde e 90 dias para os restantes, após a publicação das normas técnicas pela Sudaçor S.A..

5 - Os modelos de materialização e pré-impresso da receita médica resultante da prescrição por via eletrónica e manual e da guia de tratamento para a receita desmaterializada, para efeitos dos números anteriores, são os constantes do Anexo I, que constitui parte integrante do presente despacho.

6 - As especificações e os modelos de vinheta de identificação do prescriptor e do local de prescrição, para efeitos dos números anteriores, são os constantes do Anexo II, que constitui parte integrante do presente despacho.

7 – A Sudaçor S.A., em articulaçãõ com a Direçãõ Regional da Saúde, define, através do Manual de Relacionamento de Farmácias do Centro de Conferência de Faturas dos Açores nos termos da Portaria n.º 151/2015, de 13 de novembro, as especificações técnicas dos sistemas informáticos de dispensa eletrónica, bem como dos procedimentos a adotar no caso de falência do sistema informático, de modo a garantir o acesso ao medicamento por parte do utente, e os processos de adesão à dispensa eletrónica e faturaçãõ eletrónica pelas farmácias e as ferramentas para a sua operacionalizaçãõ.

8 – A adaptaçãõ dos sistemas de dispensa eletrónica e faturaçãõ eletrónica pelas farmácias deve ocorrer no prazo de 30 dias após a publicaçãõ das normas técnicas pela Sudaçor S.A..

9 - Sem prejuízo dos prazos definidos no presente despacho podem ser implementados projetos piloto de teste para adaptaçãõ dos sistemas, a serem definidos pela Sudaçor S.A.

10 - A Sudaçor S.A., em articulaçãõ com a Direçãõ Regional da Saúde, publicam nas respetivas páginas eletrónicas as respetivas especificações técnicas referidas no presente despacho e respetiva calendarizaçãõ.

11 – O presente despacho entra em vigor no dia 1 de agosto de 2016.

12 de julho de 2016. - O Secretário Regional da Saúde, *Luís Mendes Cabral*.

## **ANEXO I**

### **A) Modelo de materializaçãõ de uma receita prescrita por via eletrónica**

Receita Médica Nº  
(representação em código de barras e caracteres)

Utente: (N.º do utente em código de barras e caracteres) Telefone: R.C.: Entidade Responsável: N.º de Beneficiário: (representação em código de barras e caracteres)		TIPO RECEITA
(N.º da cédula profissional, em código de barras e caracteres ou vinheta de prescriptor)	(Nome profissional) Especialidade: Telefone:	(Local de Prescrição) (representação em código de barras e caracteres)
R. DCI / nome, dosagem, forma farmacéutica, embalagem, posologia		N.º Extenso Identificação Ótica
1 2 3 4		1 2 3 4
Validade: 30 dias Data: aaaa-mm-dd	(assinatura do Médico prescriptor)	

Processado por computador - software, versão - empresa

Guia de tratamento para o utente

Receita Médica Nº: (representação em código de barras e caracteres)	
Local de Prescrição: Médico prescriptor: Utente:	Telefone:
Código Acesso: (informação a utilizar para dispensa de medicamentos na farmácia)	Código Direito opção:
DCI / nome, dosagem, forma farmacéutica, embalagem, posologia	
1 2 3 4	
Encargo para o utente de acordo com os medicamentos comercializados que cumprem a prescrição médica	
1 (*) 2 (*) 3 (*) 4 (*)	
Para obter mais informações sobre o preço dos medicamentos: • Consulte «Pesquisa Medicamento», no sítio do INFARMED (www.infarmed.pt); • Contacte a Linha do Medicamento 800 222 444 (Das 09h às 13h e 14h às 17h); • Fale com o seu médico ou farmacêutico.	
Data: aaaa-mm-dd	

Processado por computador - software, versão - empresa

B) Modelo de materialização de uma receita renovável prescrita por via eletrónica

Utente: (N.º do utente em código de barras e caracteres) Telefone: R.C.: Entidade Responsável: Nº. de Beneficiário: (representação em código de barras e caracteres)			
(N.º da cédula profissional, em código de barras e caracteres ou vinheta de prescritor)	(Nome profissional) Especialidade: Telefone:		
(Local de Prescrição) (representação em código de barras e caracteres)			
Rx	DCI / nome, dosagem, forma farmacéutica, embalagem, posologia	N.º Extenso	Identificação Ótica
1			
2			
3			
4			
Validade: 6 meses Data: aaaa-mm-dd (assinatura do prescritor)		Pretendo exercer o direito de opção <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (assinatura do Utente)	

Processado por computador - software, versão - empresa

Guia de tratamento para o utente

Receita Médica Nº: (representação em código de barras e caracteres)	
Local de Prescrição:	Telefone:
Prescritor:	Utente:
Código Acesso:	Código Direito opção:
(informação a utilizar para dispensa de medicamentos na farmácia)	
DCI / nome, dosagem, forma farmacéutica, embalagem, posologia	Nº
1	
2	
3	
4	
Encargo para o utente de acordo com os medicamentos comercializados que cumprem a prescrição médica:	
1 (*)	
2 (*)	
3 (*)	
4 (*)	
Para obter mais informações sobre o preço dos medicamentos: • Consulte «Pesquisa Medicamentos», no sítio do INFARMED (www.infarmed.pt); • Contacte a Linha do Medicamento 800 222 444 (Dias úteis: 09.00-13.00 e 14.00-17.00) • Fale com o seu médico ou farmacêutico.	
Data: aaaa-mm-dd	

Processado por computador - software, versão - empresa

C) Modelo de uma receita do tipo UE prescrita por via eletrónica

**Receita Médica Nº**  
(Prescription Nr.)

(Representação em código de barras e caracteres)

**UE**

<b>Nome do Utente:</b> (Full Patient Name) (N.º de utente em código de barras)		<b>Local de Prescrição:</b> (Place of Prescription)
<b>Data de nascimento:</b> (Birth date)		
<b>Telefone: (+351)</b> (Phone)		<b>Telefone: (+351)</b> (Phone)
<b>Entidade responsável:</b> (Entry)		
<b>N.º de beneficiário:</b> (Beneficiary Nr.) (Representação em código de barras e caracteres)		<b>Local de Prescrição:</b> (Place of Prescription)
<b>Nome Profissional:</b> (Full Professional Name)		
<b>Especialidade:</b> (Specialty)		<b>Local de Prescrição:</b> (Place of Prescription)
<b>Email:</b>		
<b>Fax/Telefone: (+351)</b> (Fax/Phone)		<b>Local de Prescrição:</b> (Place of Prescription)
<b>Morada:</b> (Address)		
<b>País:</b> Portugal (Country)		<b>Local de Prescrição:</b> (Place of Prescription)
<b>N.º da cédula profissional, em código de barras e caracteres ou vinheta de prescritor</b>		
<b>Rx DCI / Nome, Dosagem, Forma farmacéutica, Embalagem, Posologia</b> (Generic name / Name, Package dose, Form, Package, Dosage)		<b>N.º Extensão</b> (Nr. of package)
<b>Identificação Ótica</b> (Optical identifier)		<b>N.º</b> (Nr.)
<b>Validade:</b> (Entry date)		<b>Assinatura do médico prescritor</b> (Prescriber signature)
<b>Data:</b> (Prescription date)		

**Guia de tratamento para o utente** (Treatment guide)

<b>Receita Médica N.º:</b> (Prescription Nr.) (Representação em código de barras e caracteres)	
<b>Nome do Utente:</b> (Full Patient Name)	
<b>Local de prescrição:</b> (Place of prescription)	
<b>Telefone: (+351)</b> (Phone)	
<b>Nome Profissional:</b> (Full Professional Name)	
<b>Especialidade:</b> (Specialty)	
<b>Email:</b>	
<b>Fax/Telefone: (+351)</b> (Fax/Phone)	
<b>Morada:</b> (Address)	
<b>País:</b> Portugal (Country)	
<b>DCI / Nome, Dosagem, Forma farmacéutica, Embalagem, Posologia</b> (Generic name / Name, Package dose, Form, Package, Dosage)	
<b>N.º</b> (Nr.)	
<b>1</b>	
<b>2</b>	
<b>3</b>	
<b>4</b>	
<b>Para obter mais informações sobre medicamentos, fale com o seu médico ou farmacêutico. (For more information about medicines, speak to your physician or pharmacist.)</b>	
<b>Data:</b> (Date)	
Processado por computador - Software, Versão - Empresa (Computer processed - Software, Version - Company)	

**D) Modelo do guia de tratamento para receita sem papel**



Verso da receita médica (em tamanho A5 com impressão pela farmácia)

<p>(*) a imprimir apenas nos casos aplicáveis</p> <p>(..) apenas devem ser impressas as numerações da prescrição que correspondam às situações em que o respetivo direito de opção é exercido</p>	<p>Farmácia: _____</p> <p>Farmacêutica: _____</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>&lt;Código de Barras dos Medicamentos Dispensados&gt;</p> <p>Declaro que:</p> <p><input type="checkbox"/> me foram dispensadas as ... embalagens de medicamentos constantes na receita e prestados os conselhos sobre a sua utilização</p> <p><b>Direito de opção (*)</b></p> <p><input type="checkbox"/> não exerci direito de opção</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> exerci o direito de opção para medicamento com preço superior ao 2º mais barato</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> exerci direito de opção por medicamento mais barato que o Prescrito para continuidade terapêutica de tratamento superior a 28 dias</p> <p>Assinatura do Utente: _____</p>
---	--

F) Receita médica pré-impressa (verso)

Receita médica manual (em tamanho A5 com impressão na frente)

 <b>Governo dos Açores</b> Serviço Regional de Saúde		Receita Médica Nº Código de Barras
Utiliza: Nº. de Utiliza: Telefone: Entidade Responsável: Nº. de Beneficiário:		RECEITA MANUAL Exceção legal: <input type="checkbox"/> a) Falência Informática <input type="checkbox"/> b) Inadaptação do prescriptor <input type="checkbox"/> c) Prescrição no domicílio <input type="checkbox"/> d) Até 40 recetários
Vinheta do Médico Prescritor Especialidade: Telefone:		Vinheta do Local de Prescrição
Rx DCI/Nome, dosagem, forma farmacéutica, embalagem Nº      Extensão		
Posologia		
Validade: 30 dias Data: ____/____/____ (assinatura)		Assinatura do Médico Prescritor

## Anexo II

1 - Especificações técnicas das vinhetas

a) Papel autoadesivo.

b) Formato 45 mm × 25 mm.

c) Impressão offset a uma cor com conceção gráfica de segurança (fundo). As vinhetas previstas apresentam um fundo de cor azul no n.º 1 e um fundo de cor verde no n.º 2.

d) Impressão a preto das seguintes referências: Código alfanumérico único por vinheta e correspondente código de barras;

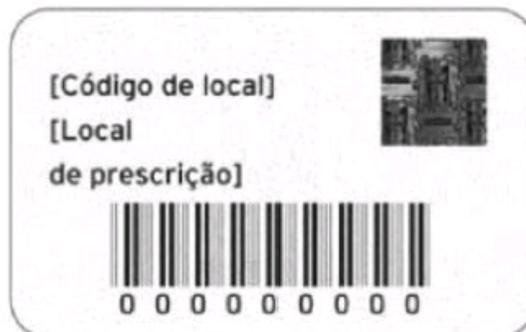
Nome de médico e número de cédula profissional respetiva ou nome de local de prescrição e código respetivo.

e) Imagem holográfica 8 mm × 8 mm no canto superior direito da vinheta, com repetição de imagem logótipo do Serviço Regional de Saúde, em película metálica prateada.

- A) - Modelo de vinheta identificativa do prescriptor  
Vinhetas do prescriptor Pantone 305 U



- B) - Modelo de vinheta de identificação do local de prescrição  
1 — Vinhetas de local de prescrição  
Referência cromática — Pantone 305 U  
2 —



- 2 — Vinhetas de local de prescrição  
Regime especial de participação de medicamentos para pensionistas  
Referência cromática — Pantone 374 U

[Código de local]



[Local  
de prescrição]



0 0 0 0 0 0 0 0 0