

## SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE

### Despacho n.º 313/2018

Considerando que, o meu Despacho n.º 251/2018, de 31 de julho, publicado no JORAM, II Série, n.º 115, de 2 de agosto, aprovou o modelo de receita médica materializada, para a dispensa de medicamentos, fornecidos em regime de ambulatório, no Núcleo Farmacêutico, do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira E.P.E..

Considerando que, importa introduzir alguns ajustamentos ao respetivo modelo, por forma a agilizar a dispensa dos medicamentos, incluídos no respetivo âmbito de aplicação.

Assim, ao abrigo do disposto na alínea i), do n.º 2 do artigo 3.º do Decreto Regulamentar Regional n.º 16/2015/M, de 19 de agosto, alterado pelo Decreto

Regulamentar Regional n.º 12/2017/M, de 23 de outubro, determino o seguinte:



- 1 - É alterado o Modelo de Receita Médica materializada, para a dispensa de medicamentos, fornecidos em regime de ambulatório, no Núcleo Farmacêutico, do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira E.P.E., aprovado pelo Despacho n.º 251/2018, de 31 de julho, que passa a ser o constante do Anexo I.
- 2 - O presente despacho entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

Secretaria Regional da Saúde, no Funchal, aos 31 dias, do mês de outubro, de 2018.

O SECRETÁRIO REGIONAL DA SAÚDE, Pedro Miguel de Câmara Ramos

Anexo I do Despacho n.º 313/2018, de 9 de novembro

Receita médica materializada (em tamanho A4, com impressão na frente)

		 REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA	
Receita Médica Nº			
Utente: _____ Telefone: _____ Entidade Responsável: _____ N.º de Beneficiário: _____	N.º do utente _____	TIPO RECEITA <b>Protocolo com a ANF</b>	
Número de cédula profissional: _____ Especialidade: _____	SESARAM Carimbo da farmácia hospitalar		
DCI / nome, dosagem, forma farmacéutica, embalagem, posologia _____ _____ _____		N.º Extenso _____	
Validade: 7 dias Data: ____-____-____		Nome do Médico _____	
Prescrição para dispensa em regime de ambulatório (exclusivo para dispensa em farmácia hospitalar)			
Declaro que me foi dispensado o medicamento _____ Assinatura do utente ou representante		Data da dispensa: ____-____-____ _____ Assinatura do farmacêutico da farmácia comunitária	