

**COMUNICAÇÃO DOS SERVIÇOS FARMACEUTICOS E OUTROS
SERVIÇOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E DO BEM-ESTAR DOS UTENTES
PRESTADOS NAS FARMÁCIAS**

1. Requisitos Legais

- a) As farmácias comunitárias podem prestar serviços farmacêuticos e outros serviços de promoção da saúde e do bem-estar dos utentes;
- b) A Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro, alterada pela Portaria n.º 97/2018, de 9 de abril, define os serviços farmacêuticos e serviços de promoção da saúde e do bem-estar dos utentes que podem ser prestados nas farmácias;
- c) Os aludidos serviços têm de ser prestados nas condições legais e regulamentares e por profissionais legalmente habilitados;
- d) Para a prestação dos serviços previstos, à exceção do apoio domiciliário e programas de cuidados farmacêuticos, as farmácias devem dispor de instalações adequadas e autonomizadas;
- e) De acordo com o previsto na citada Portaria, poderá o INFARMED IP, emitir orientações relativas às condições da prestação dos serviços abrangidos, sem prejuízo da obrigatoriedade da observância por parte das farmácias das condições legais e regulamentares da competência de outras entidades nacionais e regionais, relativamente às atividades abrangidas pelo âmbito das respetivas atribuições;
- f) Os serviços previstos prestados pelas farmácias comunitárias estão sujeitos a comunicação que, na Região Autónoma da Madeira, deverá ser efetuada ao Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM, por via papel;
- g) A cessação da prestação de serviços pelas farmácias deve ser comunicada ao Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM, nos termos indicados na alínea anterior;
- h) As farmácias devem divulgar o tipo de serviços prestados e o respetivo preço, de forma visível, nas suas instalações, podendo ainda esta informação ser divulgada nos seus sítios da internet.

2. Documentos de instrução do processo

Requerimento assinado e datado do proprietário da farmácia dirigido ao Presidente do Conselho Diretivo do Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM, a

comunicar os serviços farmacêuticos e outros serviços de promoção da saúde e do bem-estar dos utentes, prestados na farmácia.

3. Outros documentos

A Secretaria Regional da Saúde e/ou Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM, poderão solicitar outros documentos considerados fundamentais.

4. Local de entrega

A apresentação dos documentos deverá ser formalizada mediante requerimento, dirigido ao Presidente do Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM, (IASAÚDE, IP-RAM), entregue diretamente na sede do IASAÚDE, IP-RAM, à Rua das Pretas, n.º 1, 9004-515 Funchal, mediante recibo comprovativo da entrega, ou remetido por correio registado, com aviso de receção.

Endereço do IASAÚDE, IP-RAM

Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM

Rua das Pretas, n.º 1 9004-515 Funchal

Telefone: 291 212300 Fax: 291 281421

Legislação aplicável:

- Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, alterado pela Lei n.º 26/2011, de 16 de junho, pelo Decreto-Lei n.º 171/2012, de 1 de agosto, pela Lei n.º 16/2013, de 8 de fevereiro, pelos Decretos-Lei n.ºs 128/2013, de 5 de setembro, e 109/2014, de 10 de julho, pela Lei n.º 51/2014, de 25 de agosto, e alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 75/2016, de 8 de novembro, adaptado à Região Autónoma da Madeira pelo Decreto Legislativo Regional n.º 25/2009/M, de 14 de agosto;
- Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro, alterada pela Portaria n.º 97/2018, de 9 de abril.

- Minuta de **Comunicação de prestação de serviços farmacêuticos e outros serviços de promoção da saúde e do bem-estar dos utentes**

Exmo. Senhor

Presidente do Conselho Diretivo do Instituto
de Administração da Saúde, IP-RAM

(Entidade Proprietária – Nome em caso de pessoa singular⁽¹⁾/Denominação da sociedade conforme consta no registo comercial⁽²⁾) _____, BI/CC⁽¹⁾ n.º _____, emitido em _____, pelo arquivo de identificação de _____, validade _____, NIF⁽¹⁾/NIPC⁽²⁾ _____, matriculada na Conservatória do Registo Comercial de _____, com o código de acesso à certidão permanente n.º _____, com **domicílio⁽¹⁾/sede social⁽²⁾** sita em (**endereço completo e código postal**) _____, concelho _____, distrito de _____, endereço eletrónico _____@_____, telefone n.º _____, telemóvel n.º _____, fax n.º _____, cujos **gerentes/administradores** são (**identificar todos os indivíduos que obrigam a sociedade**) Nome(s) _____, BI/CC n.º _____, emitido em _____, pelo arquivo de identificação de _____, validade _____, NIF _____, aqui representada por _____, na qualidade de (**quem obriga a sociedade/procurador/outra**) _____, NIF _____, proprietário(a) da Farmácia _____, detentora do Alvará n.º ____/RAM, de ____ de ____ de _____, com instalações sitas em (**endereço completo e código postal**) _____, freguesia de _____, concelho de _____, Região Autónoma da Madeira, endereço eletrónico _____@_____, telefone n.º _____, telemóvel n.º _____, fax n.º _____, tendo como diretor(a) técnico(a) o/a farmacêutico(a) (**nome completo**) _____, licenciado(a) em _____, titular da carteira profissional n.º _____, emitida pela Ordem dos Farmacêuticos, registado(a) no INFARMED, IP sob o n.º _____ vem, nos termos do estipulado no artigo 4.º da Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro, alterada pela Portaria n.º 97/2018, de 9 de abril, comunicar a V. Exa. a prestação na farmácia do(s) serviço(s) farmacêutico(s) e outro(s) serviço(s) de promoção da saúde e bem estar dos utentes, a partir do dia ____ / ____ / ____ , que abaixo se indicada(m):

☐ Apoio domiciliário;

- ☐ Administração de primeiros socorros;
- ☐ Administração de medicamentos;
- ☐ Utilização de meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica;
- ☐ Administração de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação;
- ☐ Programas de cuidados farmacêuticos;
- ☐ Consultas de nutrição;
- ☐ Programas de adesão à terapêutica, de reconciliação da terapêutica e de preparação individualizada de medicamentos, assim como programas de educação sobre a utilização de dispositivos médicos;
- ☐ Realização de testes rápidos para o rastreio de infeções por VIH, VHC e VHB (testes ‘point of care’), incluindo o aconselhamento pré e pós-teste e a orientação para as instituições hospitalares dos casos reativos, de acordo com as redes de referência hospitalar aprovadas e os procedimentos estabelecidos pelas entidades nacionais e regionais com competência na matéria;
- ☐ Serviços simples de enfermagem, nomeadamente tratamento de feridas e cuidados a doentes ostomizados;
- ☐ Cuidados de nível I na prevenção e tratamento do pé diabético, de acordo com as orientações estabelecidas pela Direção -Geral da Saúde;
- ☐ Campanhas e programas de literacia em saúde, prevenção da doença e de promoção de estilos de vida saudáveis.

Mais comunica a V. Exa., que os aludidos serviços são prestados nas condições legais e regulamentares e por profissionais legalmente habilitados, dispondo a farmácia das instalações adequadas e autonomizadas, dando cumprimento às demais normas e obrigações legais.

_____, ____ de _____ de 20__

(Assinatura(s), de quem obriga no caso de sociedade, conforme BI/CC)