



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE
INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE E ASSUNTOS SOCIAIS, IP-RAM

CIRCULAR
INFORMATIVA

Instituto de Administração da
Saúde e Assuntos Sociais,
IP-RAM

S 23 CI
27-5-2016 0 . 0 . 0 . 0
Original

Assunto: "Comunicação de medicamentos em falta."

Para: Utentes do Sistema Regional de Saúde; Distribuidores por grosso de medicamentos de uso humano; Clínicas e consultórios médicos/dentistas; Estabelecimentos de saúde autorizados a adquirir diretamente medicamentos; Farmácias; Locais de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM).

O Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP-RAM tem em vista a garantia do normal abastecimento de medicamentos de uso humano à Região Autónoma da Madeira, bem como o normal acesso aos medicamentos pela população, na salvaguarda da saúde e satisfação das suas necessidades.

No âmbito das diligências a efetuar para evitar e colmatar eventuais ruturas no abastecimento e no acesso de medicamentos para uso humano na Região, torna-se necessário que as situações de dificuldade de acesso aos medicamentos sejam devidamente comunicadas, por todos os intervenientes no circuito do medicamento.

Neste contexto, serve a presente para solicitar aos supracitados destinatários, que as dificuldades no acesso aos medicamentos sejam comunicadas através do formulário "[Comunicação de Medicamentos em Falta](#)", disponível na página eletrónica do IASAÚDE, IP-RAM., para o endereço eletrónico, iasaude@iasaude.sras.gov-madeira.pt.

Em substituição,

Conforme n.º 4 do art.º 5 do anexo ao
DLR n.º 22/2008/M, de 23/06, na redação
dada pelo DLR n.º 14/2012/M,09/07

A Presidente do Conselho Diretivo

Ana Nunes

Anexo: o citado

GAF-CMA/IMR





1 Identificação do reclamante:

Nome / Estabelecimento: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

2 Identificação do fornecedor do bem/ prestador de serviço:

Titular de AIM / Laboratório: _____

Distribuidor por grosso de medicamentos de uso humano: _____

Farmácia (s): _____

Local de venda de MNSRM: _____

3 Identificação do medicamento em falta:

Nome / DCI: _____

Dosagem: _____

Forma farmacêutica: _____

Apresentação: _____

Data: _____

Observações:

Nota: Anexar os documentos que se entendam necessários