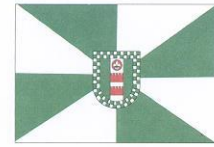




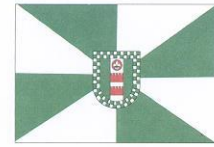
MUNICÍPIO DE RIO DOS CEDROS
ESTADO DE SANTA CATARINA - BRASIL
CNPJ 83.102.806/0001-18 - FONE/FAX: (47) 3386-1050
www.riodoscedros.sc.gov.br - E-mail: prefeitura@riodoscedros.sc.gov.br
Rua Nereu Ramos, 205 - 89121-000 - RIO DOS CEDROS - SC



1

PROTOCOLO DE ORIENTAÇÃO TERAPÊUTICA PRECOCE CONTRA COVID-19 EM CASOS LEVES

Rio dos Cedros, 05 de agosto de 2020.



SUMÁRIO

1 – Objetivo	03
2 – Prescrição.....	04
3 – Sinais e Sintomas.....	05
4 – Classificação de SIDDIQI	07
5 – Orientação terapêutica para casos leves	08
6 – Informações complementares	09
7 – Bibliografia.....	10
8 – <u>Anexo I</u> - Modelo de termo de ciência e consentimento – médico/paciente – conforme estabelecido pelo ministério da saúde	11
9 – <u>Anexo II</u> – modelo de termo de ciência e responsabilidade – farmacêutico	15
10 – <u>Anexo III</u> - lista de substâncias abrangidas pela rdc n. 405, de 22 de julho de 2020 (resolução de diretoria colegiada da anvisa).....	17



1.OBJETIVO

O principal objetivo deste protocolo é informar e orientar sobre cuidados, sintomas clínicos, terapias medicamentosas, cuidados gerais a população do município de Rio dos Cedros.

A estratégia de saúde da família (ESF) e a atenção primária à saúde (APS) são a porta de entrada do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE -SUS-, tendo papel fundamental no enfrentamento da covid -19.

A ESF atua através de sua equipe, de forma muito importante realizando o atendimento, tratamento e encaminhamentos necessários baseados na classificação da gravidade dos casos gripais leves/moderados/ Graves analisados.

No âmbito do Município DE RIO DOS CEDROS, o fornecimento de medicamentos referentes ao tratamento precoce do COVID -19 está adstrito à observância aos protocolos da secretaria de estado da saúde de Santa Catarina e protocolo do ministério da saúde, ambos condicionam o uso, e fornecimento de medicamentos à avaliação e prescrição médica, com o objetivo de o melhor tratamento disponível para o paciente conforme diagnóstico realizado.

A prescrição de todo e qualquer medicamento é prerrogativa do médico, e o tratamento do paciente portador ou suspeito de covid 19, deve ser baseado na autonomia do paciente ou seu responsável legal (caso seja menor de idade ou incapacitado), por meio dos termos em anexo, e deve respeitar a autonomia do médico com o intuito de oferecer o melhor tratamento disponível no momento.

O uso das medicações está condicionado à avaliação médica, com realização de anamnese, exame físico e exames complementares, em unidade de saúde. Os critérios clínicos para início do tratamento não excluem a necessidade de confirmação laboratorial e radiológica.

Considerando que cabe ao ministério da saúde acompanhar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais, nos termos da constituição federal e da lei nº8080, de 19 de setembro de 1990.

Até o momento não existem evidências científicas robustas que possibilitem a indicação de terapia farmacológica específica para covid 19. (nota informativa nº9/2020SE/GAB/SE/MS).

É de fundamental importância orientar amplamente a população para que pessoas com sintomas respiratórios, independente de terem recebido orientação a distância, mas que necessitam de atendimento presencial, devem procurar as unidades preparadas para essa finalidade, sejam elas UBS ou outros serviços selecionados com a maior brevidade possível.



2. PRESCRIÇÃO

O fornecimento da cloroquina/ou da hidroxicloroquina no âmbito do sistema único de saúde do município de RIO DOS CEDROS, será realizado conforme as orientações contidas **na nota informativa nº09/2020 SE/GAB/SE/MS, emitida pelo ministério da saúde , assim como nas orientações complementares estabelecidas pela nota informativa nº01/2020 SES/CSEMS/SC da secretaria do estado de saúde de santa Catarina, exigindo-se a apresentação dos termos ANEXO I (termo de ciência e consentimento médico/paciente) ;e ANEXO II (termo de ciência e responsabilidade paciente /farmacêutico).**

o uso das medicações que constam no **ANEXO I DA RDC nº405 de 22 de julho de 2020 (resolução da diretoria colegiada da ANVISA)** para tratamento de pacientes confirmados de COVID-19 deverá obrigatoriamente ser vinculado:

- ✓ Prescrição medica com receita seguindo padrão estabelecido na RDC N°405, de 22 de julho de 2020(resolução de diretoria colegiada da ANVISA);
- ✓ Notificação à vigilância epidemiológica do município de Rio dos Cedros.
- ✓ Apresentação dos termos em anexo.
- ✓ Isolamento social durante tratamento conforme orientação da OMS, ministério da saúde e secretaria do estado de santa Catarina.

O uso das medicações que constam no ANEXO I DA RDC nº405 de 22 de julho de 2020 (resolução da diretoria colegiada da ANVISA)deverá ser realizada em receituário privativo do prescritor ou do estabelecimento de saúde, a receita deve ser prescrita de forma legível, sem rasuras e em 2 vias, deve conter nome do medicamento ou substancia sob a forma de denominação comum brasileira, dosagem, forma farmacêutica, posologia e quantidade; assinatura e identificação do emitente completa; assim como do paciente.



3. SINAIS E SINTOMAS

Principais sintomas clínicos:

- Febre
- Tosse seca
- Cefaleia persistente
- Desconforto na garganta
- Mialgia, dor torácica
- Fadiga
- Vômitos, diarreia
- Coriza
- Anomia e ageusia (perda de olfato e paladar)
- Desconforto respiratório

5

Nota: sinais muito sugestivos de covid-19: febre persistente na maioria dos casos associado a tosse seca e sintomas gastrointestinais. Em pacientes com perda de olfato uma grande porcentagem tem VSR positivo para sarscov2; portanto é um sintoma a ser valorizado.

SINAIS E SINTOMAS LEVES	SINAIS E SINTOMAS MODERADOS	SINAIS DE GRAVIDADE
<ul style="list-style-type: none">• Anosmia• Ageusia• Coriza• Diarreia• Dor abdominal• Febre• Mialgia• Tosse• Fadiga• Cefaleia	<ul style="list-style-type: none">• Tosse persistente + febre persistente diária ou• Tosse persistente + piora progressiva de outro sintoma relacionado à COVID-19 (adinamia, prostração, hiporexia, diarreia) ou• Pelo menos um dos sintomas acima + presença de fator de risco	<ul style="list-style-type: none">• Síndrome respiratória aguda grave – síndrome gripal que apresente:• Dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no tórax OU saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada de lábios ou rosto

Fonte: Orientações do MS para manuseio medicamentoso precoce de pacientes adultos com diagnóstico da COVID-19.

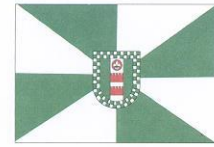


SINAIS E SINTOMAS LEVES	SINAIS E SINTOMAS MODERADOS	SINAIS DE GRAVIDADE
<ul style="list-style-type: none">• Anosmia• Ageusia• Coriza• Diarreia• Dor abdominal• Febre• Mialgia• Tosse• Fadiga• Cefaleia	<ul style="list-style-type: none">• Tosse persistente + febre persistente diária ou• Tosse persistente + piora progressiva de outro sintoma relacionado a COVID-19 (adinamia, prostração, hiporexia, diarreia) ou• Pelo menos um dos sintomas acima + presença de fator de risco	<ul style="list-style-type: none">• Taquipneia: ≥ 70 rpm para menores do que 1 ano; ≥ 50 rpm para crianças maiores do que 1 ano;• hipoxemia;• desconforto respiratório;• alteração da consciência;• desidratação;• dificuldade para alimentação;• lesão miocárdica;• elevação de enzimas hepáticas;• disfunção da coagulação;• rabdomiólise;• qualquer outra manifestação de lesão em órgãos vitais

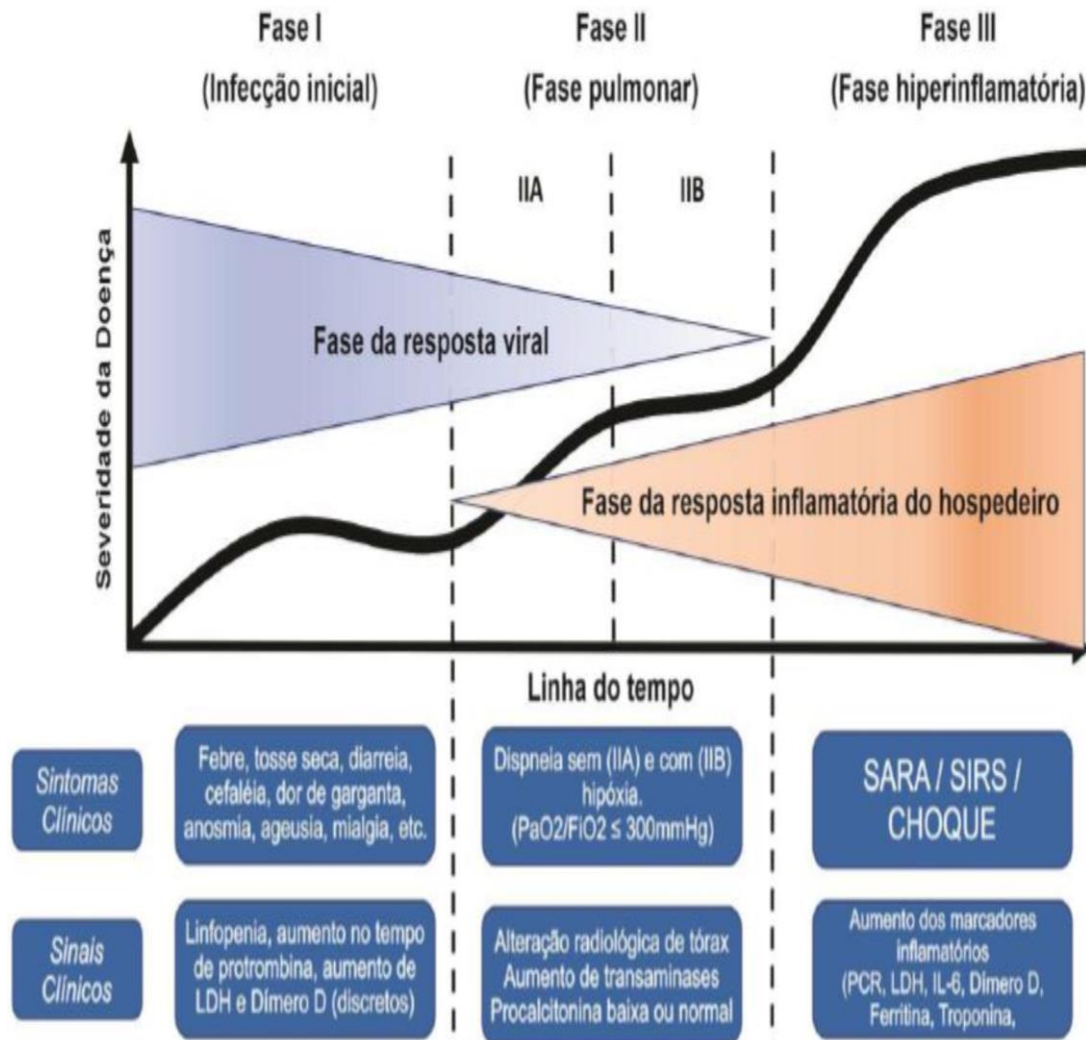
Fonte: Orientações do MS para manuseio medicamentoso precoce de pacientes pediátricos com diagnóstico da COVID-19.

SINAIS E SINTOMAS LEVES	SINAIS E SINTOMAS MODERADOS	SINAIS DE GRAVIDADE
<ul style="list-style-type: none">• Anosmia• Ageusia• Coriza• Diarreia• Dor abdominal• Febre• Mialgia• Tosse• Fadiga• Cefaleia	<ul style="list-style-type: none">• Tosse persistente + febre persistente diária ou• Tosse persistente + piora progressiva de outro sintoma relacionado a COVID-19 (adinamia, prostração, hiporexia, diarreia) ou• Pelo menos um dos sintomas acima + presença de fator de risco	<ul style="list-style-type: none">• Síndrome Respiratória Aguda Grave – Síndrome Gripal que apresente:• Dispneia/desconforto respiratório OU pressão persistente no Tórax OU saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente OU coloração azulada de lábios ou rosto• Hipotensão

Fonte: Orientações do MS para manuseio medicamentoso precoce de pacientes gestantes com diagnóstico da COVID-19.



4. CLASSIFICAÇÃO SIDDIQI



Fonte: Opção médica no tratamento precoce: recomendação grupo COVID-19 RS. Tratamento por fases.



5. ORIENTAÇÃO TERAPÊUTICA PARA CASOS LEVES

ORIENTAÇÃO DE TRATAMENTO CONFORME A CLASSIFICAÇÃO DOS SINAIS E SINTOMAS:

Orientação para prescrição em PACIENTES ADULTOS	FASE 1 1º AO 5º DIA	FASE 2 6º AO 14º DIA	FASE 3 APÓS O 14º DIA
SINAIS E SINTOMAS LEVES	Difosfato de Cloroquina D1: 500mg 12/12h (300mg de cloroquina base) D2 ao D5: 500mg 24/24h (300mg de cloroquina base) + Azitromicina 500mg 1x ao dia, durante 5 dias		Prescrever medicamento sintomático

8

Orientação para prescrição em PACIENTES GESTANTES	FASE 1 1º AO 5º DIA	FASE 2 6º AO 14º DIA	FASE 3 APÓS O 14º DIA
SINAIS E SINTOMAS LEVES	Difosfato de Cloroquina D1: 500mg 12/12h (300mg de cloroquina base) D2 ao D5: 500mg 24/24h (300mg de cloroquina base) + Azitromicina 500mg 1x ao dia, durante 5 dias		Prescrever medicamento sintomático

Orientação para prescrição em PACIENTES PEDIÁTRICOS	FASE 1 1º AO 5º DIA	FASE 2 6º AO 14º DIA	FASE 3 APÓS O 14º DIA
SINAIS E SINTOMAS LEVES Somente prescrever se estiverem presentes fatores de risco como: diabetes, hipertensão arterial, obesidade, asma grave, disfunções orgânicas crônicas, cardiopatias congênitas ou adquiridas, pneumopatia crônica, doença neurológica crônica e imunodeficiência.	Difosfato de Cloroquina 6mg/kg/dia de cloroquina base por 5 dias (máximo de 300mg cloroquina base) + Azitromicina 10mg/kg/dia no 1º dia seguida de 5mg/kg/dia por 4 dias, limite de 500mg/dia		Prescrever medicamento sintomático



6. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- Procurar atendimento médico precocemente em caso de febre, tosse, congestão nasal ou conjuntival, dor de garganta, diarreia, vômitos, coriza, fadiga, mialgia, cefaleia, dificuldade respiratória, ageusia, anosmia.

- Realizar higiene das mãos frequentemente utilizando água e sabão ou álcool,
 - Manter janelas do domicílio e ambiente de trabalho abertas o maior tempo possível
 - Utilizar máscara
 - A máscara deve cobrir o nariz e a boca
 - Evitar tocar na máscara enquanto utiliza
 - Não reutilizar máscara descartável
 - Trocar a máscara se ficar úmida ou a cada duas horas
 - Realizar distanciamento físico (manter uma distância de pelo menos 1m) e evitar aglomerações
 - Os pacientes com casos suspeitos ou confirmados de corona vírus devem ser isolados precocemente

- Em caso de sintomas e suspeita é salutar a avaliação médica individual para a decisão terapêutica.

Miria Eliete Schmid Floriani
Secretária de Saúde e Bem Estar Social



7. BIBLIOGRAFIA

1. ORIENTAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA MANUSEIO MEDICAMENTOSO PRECOCE DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE COVID-19. Brasília 15 de junho de 2020.

2. OPÇÃO MÉDICA NO TRATAMENTO PRECOCE: RECOMENDAÇÃO GRUPO COVID-19 RS. TRATAMENTO POR FASES. Versão 02. Rio Grande do Sul, junho de 2020.

3. PROTOCOLO DE MANEJO CLÍNICO DO CORONAVIRUS (COVID-19) NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. Versão 09. Brasília 15 de junho de 2020.

4. CRM - SC. NOTA OFICIAL. Florianópolis, 29 de junho de 2020.

5. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA - SBPT - PROFILAXIA E TRATAMENTO DA COVID-19. Brasília, 29 de junho de 2020.

6. SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA - SBI - USO DE MEDICAMENTOS PARA COVID-19. São Paulo, 30 de junho de 2020.

7. SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA - SBI - USO DE HIDROXICLOROQUINA NO TRATAMENTO PRECOCE DA COVID-19. São Paulo, 17 de julho de 2020.

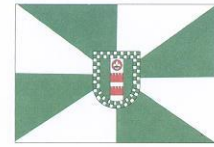
8. ANVISA - NOTA DE ESCLARECIMENTO SOBRE A IVERMECTINA.

<http://portal.anvisa.gov.br/noticias/>. 10 de julho de 2020.

9. DOENÇA DO CORONAVÍRUS 2019 (COVID-19). BMJ Best Practice, 10 de julho de 2020.

10. COVID-19: onde estamos nas terapias medicamentosas? PEBMED, 06 de julho de 2020.

11. NOTA ORIENTATIVA 42/2020. RECOMENDAÇÃO DO COE ACERCA DA DISPONIBILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA SUPOSTO TRATAMENTO DA COVID-19. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. 17 de julho de 2020.



ANEXO I

MODELO DE TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO – MÉDICO/PACIENTE – CONFORME ESTABELECIDO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA O USO DE CLOROQUINA EM ASSOCIAÇÃO COM AZITROMICINA PARACOVID 19

Identificação do Paciente

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____.

Endereço: _____

Telefone: (____) _____ - _____

CPF: _____ - _____ RG _____

Identificação do Responsável (Nos casos de pacientes menores de idade, incapacitados do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado)

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____.

Endereço: _____

Telefone: (____) _____ - _____

CPF: _____ - _____ RG _____

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO:

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), de que as avaliações médicas ou laboratoriais revelaram possibilidade ou comprovação de diagnóstico: **COVID 19 causada pelo coronavírus SARS-COV-2.**

E com base neste diagnóstico me foi orientado o seguinte tratamento /procedimento:

Cloroquina ou Hidroxicloroquina em associação com Azitromicina.

OS PROCEDIMENTOS, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS:

Eu, _____

declaro ter sido devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), que:

1. A cloroquina e a hidroxicloroquina são medicamentos disponíveis há muitos anos para a prevenção e tratamento da malária e também para o tratamento de algumas doenças reumáticas como artrite reumatoide e lúpus. Investigadores chineses demonstraram a capacidade dessas drogas de inibir a replicação do coronavírus em laboratório (in vitro). Um estudo francês mostrou que a eliminação do coronavírus da garganta de portadores da COVID-19 se deu de forma mais rápida com a utilização da combinação de cloroquina e o antibiótico azitromicina, quando comparados a pacientes que não usaram as drogas. Entretanto, não há, até o momento, estudos suficientes para garantir



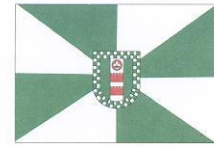
MUNICÍPIO DE RIO DOS CEDROS

ESTADO DE SANTA CATARINA - BRASIL

CNPJ 83.102.806/0001-18 - FONE/FAX: (47) 3386-1050

www.riodoscedros.sc.gov.br - E-mail: prefeitura@riodoscedros.sc.gov.br

Rua Nereu Ramos, 205 - 89121-000 - RIO DOS CEDROS - SC



certeza de melhora clínica dos pacientes com COVID-19 quando tratados com cloroquina ou hidroxicloroquina;

2. A Cloroquina e a hidroxicloroquina pode causar efeitos colaterais como redução dos glóbulos brancos, disfunção do fígado, disfunção cardíaca e arritmias, e alterações visuais por danos na retina.

Compreendi, portanto, que não existe garantia de resultados positivos para a COVID-19 e que o medicamento proposto pode inclusive apresentar efeitos colaterais;

Estou ciente de que o tratamento com cloroquina ou hidroxicloroquina associada à azitromicina pode causar os efeitos colaterais descritos acima e outros menos graves ou menos frequentes, os quais podem levar à disfunção de órgãos, ao prolongamento da internação, à incapacidade temporária ou permanente e até ao óbito.

3. Também fui informado(a) que, independente do uso da cloroquina ou hidroxicloroquina associada à azitromicina, será mantido o tratamento padrão e comprovadamente benéfico para minha situação, que pode incluir medidas de suporte da respiração e oxigenação, ventilação mecânica, drogas para sustentar a pressão e fortalecer o coração, hemodiálise e antibióticos, entre outras terapias oferecidas a pacientes que estão criticamente doentes.



AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Por livre iniciativa, aceito correr os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o medicamento seja utilizado da forma como foi exposto no presente Termo;

Esta autorização é dada ao(à) médico(a) abaixo identificado(a), bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s);

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

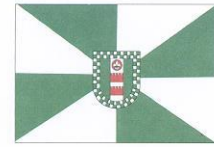
Apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas, reservo-me o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

Rio dos Cedros, ____ de _____ : ____ (h:min)

() Paciente () Responsável

Nome: _____

Assinatura: _____



DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL:

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o tratamento(s) /procedimento(s) acima descritos, respondendo às perguntas formuladas pelos mesmos, e esclarecendo que o consentimento que agora é concedido e firmado poderá ser revogado a qualquer momento antes do procedimento.

De acordo com o meu entendimento, o paciente ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

TENHO CONHECIMENTO sobre as Notas técnicas, Protocolos e Orientações para tratamento de pacientes com diagnóstico da Covid-19 emitidas pelo Ministério da Saúde, incluindo recomendação de exames e também das interações medicamentosas e contra-indicações.

TENHO CONHECIMENTO que os medicamentos Cloroquina e Azitromicina não tem indicação de uso para COVID-19 aprovada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Rio dos Cedros, ____ de _____ : ____ (h:min)

Nome do Médico: _____

CRM: _____

Assinatura: _____



ANEXO II MODELO DE TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE – FARMACÊUTICO

TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

DECLARO que fui devidamente informado(a) pelo(a) farmacêutico(a), em linguagem clara e objetiva sobre os benefícios, os riscos, as contraindicações, os principais efeitos adversos e os cuidados no uso do medicamento CLOROQUINA 150 mg comprimido prescrito para o tratamento de COVID-19.

Fui informado e compreendi que, até o momento, o uso desse medicamento para **tratamento da Covid-19** se baseia em estudos não conclusivos, os quais poderão confirmar ou não os alegados benefícios. O(A) farmacêutico(a) me explicou quais os efeitos adversos a esse medicamento (**redução dos glóbulos brancos, disfunção do fígado, disfunção cardíaca e arritmias, e alterações visuais por danos na retina**), como ele pode o correr, e o que devo fazer, inclusive quando procurar o médico, se não me sentir bem ou apresentar algum problema, ou desconforto, com o uso do mesmo.

Estou esclarecido(a), ainda, de que há medicamentos (**Agentes antiarrítmicos, digitálicos, antipsicóticos, Claritromicina, mefloquina, Cimetidina, Ciclosporina, Azitromicina, Citalopram, Ciprofloxacino, Amitriptilina, Levofloxacino, Cetoconazol, Donepezila, Salmeterol, Clindamicina, Isoniazida, Estreptomicina, Gentamicina, Heparina, e outros**), que podem interagir com a **Cloroquina 150mg comprimido** prescrita. O(A) farmacêutico(a) me orientou a conversar com o médico sobre todos os medicamentos que eu utilizo, para que ele avalie trocar ou suspender algum desses.

O(A) farmacêutico(a) me perguntou se fui submetido(a) aos seguintes exames complementares: **hemograma completo, TP, TTPA, proteína C-reativa, AST (TGO), ALT (TGP), Gama-GT, creatinina, uréia, glicemia, ferritina, DHLDH, troponina, CK-MB, vitamina D, íons (Na/K/Ca/Mg), Eletrocardiograma e Tomografia Computadorizada de TÓRAX**. Fui informado(a) que a realização desse tratamento é importante como medida de segurança e que eu devo conversar com o médico a esse respeito.

Estou ciente dos benefícios potenciais, das precauções e dos riscos descritos neste Termo de Ciência e Responsabilidade, os quais podem ocasionar desde sinais/sintomas leves, à incapacidade permanente, ou até a situações eventuais de internação ou óbito.



AUTORIZAÇÃO DO(A) PACIENTE OU DO(S) RESPONSÁVEL(EIS)

Por livre iniciativa, ACEITO assumir os riscos que me foram informados, por meio do presente Termo, bem como MANIFESTO a minha vontade consciente e esclarecida de que o medicamento **Cloroquina 150mg comprimido** seja dispensado na forma como foi prescrito. Informo, ainda, que assinei o Termo de Ciência e Consentimento para que o médico prescrevesse esse medicamento e que o(a) farmacêutico(a) me deu a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao uso do mesmo.

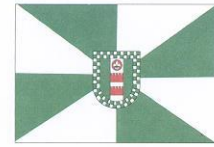
Informo que me foi garantido o direito de revogar este Termo de ciência e responsabilidade antes de concluído o aviamento da prescrição, assim como que AUTORIZEI o(a) farmacêutico(a) a entrar em contato com o médico prescritor para tratar de assunto relativo ao meu tratamento, e comunicar ao seu conselho de classe ou à autoridade sanitária ou judicial, se requisitado a prestar as informações decorrentes dos atos descritos neste documento.

16

<input type="checkbox"/> Desejo receber o medicamento	<input type="checkbox"/> Não desejo receber o medicamento
Nome do paciente ou responsável	
Documento de identidade	Grau de parentesco do responsável
Local e data:	Assinatura:
Nome do Farmacêutico	CRF:
Assinatura	



MUNICÍPIO DE RIO DOS CEDROS
ESTADO DE SANTA CATARINA - BRASIL
CNPJ 83.102.806/0001-18 - FONE/FAX: (47) 3386-1050
www.riodoscedros.sc.gov.br - E-mail: prefeitura@riodoscedros.sc.gov.br
Rua Nereu Ramos, 205 - 89121-000 - RIO DOS CEDROS - SC



ANEXO III

LISTA DE SUBSTÂNCIAS ABRANGIDAS PELA RDC N. 405, DE 22 DE JULHO DE 2020 (Resolução de Diretoria Colegiada da ANVISA)

- I - CLOROQUINA;**
- II - HIDROXICLOROQUINA;**
- III - IVERMECTINA;**
- IV – NITAZOXANIDA**