

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE PROGESTERONA

Protocolo de Atenção Pré-Natal 2017 – Programa Saúde da Mulher Atenção

Atenção

1. São **condições** para a dispensação deste medicamento o preenchimento total e legível deste **formulário** e sua apresentação juntamente com a **prescrição médica** e resultado do **exame de ultrassonografia**, na farmácia.
2. O exame de ultrassom deve ser realizado entre 20 e 24 semanas para avaliação fetal e comprimento do colo uterino.
3. Este formulário é de uso exclusivo nas Unidades de Saúde próprias do município.

Paciente: _____
PFJ: _____ Idade: _____ Peso: _____ Kg
Tempo de gestação: _____

Medicamento

Progesterona 100 mg

Indicações

- () Paciente com comprimento de colo menor que 2,5 cm (alto risco de parto prematuro).
() Paciente com comprimento de colo menor que 1,5 cm (alto risco de parto prematuro).

Data: ____/____/____ Assinatura e carimbo do médico: _____

Recomendação de dose

Comprimento de colo menor que 2,5 cm	Progesterona 100mg via vaginal, 1 vez por dia até a 37 ^a semana.
Comprimento de colo menor que 1,5 cm	Progesterona 200 mg via vaginal, 1 vez por dia até a 37 ^a semana.