



**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICO  
AZITROMICINA**

**Atenção:** são condições para a dispensação do medicamento o preenchimento total e legível deste formulário e sua apresentação juntamente com a prescrição médica (em duas vias), na farmácia.

Paciente: \_\_\_\_\_  
PFJ: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Kg

**Medicamento requisitado:**

- ( ) Azitromicina 500 mg  
( ) Azitromicina 40mg/ml – susp. oral

**Justificativa da indicação**

- ( ) 1ª escolha em Pneumonia Atípica em adultos e crianças.  
( ) 1ª escolha em Pneumonia Adquirida na Comunidade em Adultos.  
( ) Infecção genital por *Chlamydia trachomatis*  
( ) Tracoma.  
( ) Quimioprofilaxia de Coqueluche em adultos e crianças.  
( ) Pacientes alérgicos a beta-lactâmicos: amigdalite( ) faringite( ) otite ( ) sinusite( )  
( ) Segunda escolha no tratamento de diarreia severa.  
( ) Segunda escolha no tratamento de infecções resistentes a betalactâmicos. Relatar antibiótico usado anteriormente: \_\_\_\_\_  
( ) Antibiograma. Relatar o resultado da Cultura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do médico: \_\_\_\_\_

Unidade de Origem: \_\_\_\_\_

**Recomendação de dose Criança:** 10mg a 12mg /kg / dia

Pneumonia, Coqueluche, Otite, Sinusite: 10mg/kg por via oral / 5 dias

Faringite, Amigdalite: 12 mg/kg por dia via oral / 5 dias

**Recomendação de dose Adulto:**

Pneumonia adquirida na comunidade (leve a moderada)	500 mg por via oral / dia	5 dias
Infecção por clamídia ou cancroide	1 g por via oral dose única	
Infecção N. gonorrhoeae	1g dose única + ceftriaxona 500mg	
Coqueluche	500 mg por via oral / dia	5 dias

**Referências: REMUME 2019**