

FORMULÁRIO PARA DISPENSAÇÃO DE ANTIBIÓTICO
LEVOFLOXACINO

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:

- () Levofloxacino 500 mg
() Levofloxacino 750 mg (**restrito: pneumonia grave**)

Justificativa da indicação:

- () Pneumonia Adquirida na Comunidade em pacientes com **doenças associadas**.

Doenças Associadas:

- () Imunossupressão
() ICC
() DPOC ou Asma
() Hepatopatia ou Alcoolismo
() Diabetes

- () Pneumonia Adquirida na Comunidade em pacientes que fizeram uso de antibióticos nos últimos 3 meses. Antibiótico utilizado anteriormente: _____

- () Pneumonia Adquirida na Comunidade - Antibiograma – microrganismo sensível. Resultado da cultura e antibiograma: _____

- () Segunda escolha para tratamento de **sinusite** (uso de antimicrobiano somente com persistência dos sintomas por mais de 7 dias ou dor facial/dentária ou febre alta com secreção nasal purulenta).

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo do médico: _____

Unidade de Origem: _____

Recomendação de dose - adultos:

1. Sinusite: 500 mg por via oral a cada 24 horas, por 5 a 7 dias
2. Pneumonia adquirida na comunidade: 750 mg por via oral a cada 24 horas, por 5 dias

Referências: REMUME 2019