



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 – comprimido
() Azitromicina 40mg/ml – suspensão oral

Justificativa da indicação

- () Pneumonia Atípica em adultos e crianças.
() 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 ()
() 2ª escolha no tratamento de diarreia severa.
() 2ª escolha no tratamento de infecções resistentes a betalactâmicos. Relatar antibiótico usado anteriormente: _____
() Antibiograma. Relatar o resultado da Cultura: _____

Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras e assumo a inteira responsabilidade pelas mesmas.

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo do médico: _____

Unidade de Origem: _____

**VERIFICAR AS RECOMENDAÇÕES POSOLÓGICAS NO PROTOCOLO DE ANTIMICROBIANOS
DISPONÍVEL NA REMUME VIGENTE.**