



FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE ANTOBIÓTICOS
CLINDAMICINA

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:

() Clindamicina 300 mg - cápsula.

Justificativa da Indicação:

() Pé diabético

() Toxoplasmose

() Osteomielite crônica / aguda

() Abscesso odontogênico

() Faringite e amigdalite purulenta em paciente alérgico a beta-lactâmico

() 2ª escolha em infecção de pele e partes moles

() 2ª escolha tratamento de vaginose bacteriana

() Antibiograma. Relatar o resultado da cultura e antibiograma: _____

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.**