



**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICO
BENZILPENICILINA BENZATINA**

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:

() Benzilpenicilina Benzatina 1.200.000UI

() Benzilpenicilina Benzatina 600.000UI

Justificativa da indicação:

() Uso vinculado à Doença de Notificação Compulsória. Nº SINAN: _____

() Faringite estreptocócica em crianças

() Impetigo

() Febre reumática*

() Alternativa para a profilaxia na anemia falciforme em crianças

*Para a dispensação nos casos de febre reumática é necessário relatório médico contendo os critérios utilizados para o diagnóstico da doença.

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

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo do médico: _____

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