

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE OMEPRAZOL 20 MG
Este formulário deve ser preenchido nos casos de tratamento com IBP por duração superior a 8 semanas de tratamento

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome _____

Data de nascimento: ____/____/____

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

CID _____

Diagnóstico _____

Duração de tratamento com IBP _____

Termo de ciência: Os antissecretores podem mascarar sintomas de câncer gástrico. Assim, com a melhora dos sintomas após o uso do medicamento pelo tempo adequado, é recomendado avaliar a possibilidade de redução de doses ou substituição por fármacos de outras classes.

As seguintes situações clínicas são consideradas potenciais como consequência do uso prolongado de IBP, a saber: hipergastrinemia, infecção por *Clostridium difficile* e outras infecções entéricas como salmonela e campylobacter, colonização intestinal por micro-organismos multirresistentes, gastrite atrófica crônica, colite microscópica, doença inflamatória intestinal, hipomagnesemia, redução da absorção de cálcio e risco de fraturas, dificuldade na absorção de vitamina B12 e de ferro, nefrite intersticial aguda, aumento do risco de doença renal crônica e lúpus induzido por IBP.

Outras situações com menor evidência, no entanto, que merecem atenção são o possível aumento do risco de infecção por COVID-19, a incidência de demência e a pneumonia, relacionados ao uso de omeprazol

Destaca-se algumas interações medicamentosas importantes com o omeprazol, que podem causar aumento do risco de toxicidade dos fármacos utilizados concomitantemente, como os benzodiazepínicos, a digoxina e a carbamazepina. Além disso, pode ocorrer aumento do efeito anticoagulante da varfarina, com risco de sangramento, e a redução da ação antiplaquetária do clopidogrel, com risco de eventos tromboembólicos, quando associados aos IBP.

Declaro que estou ciente das informações por mim prestadas e das recomendações recebidas, dos efeitos colaterais e da necessidade de acompanhamento clínico.

Médico: _____ CRM: _____ Especialidade: _____

Local de trabalho: _____ Telefone: _____

Data: ____/____/____

Carimbo e assinatura do médico

Paciente ou responsável