

**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS**  
**CEFTRIAXONA**

Atenção:

1. Este formulário é de uso exclusivo nas Unidades de Saúde próprias do município – Unidades de Pronto Atendimento e Unidades Básicas de Saúde.
2. A solicitação do medicamento Ceftriaxona deve ser realizada somente se o paciente apresentar situação clínica que impossibilite o tratamento com outra alternativa via oral.
3. Para paciente em leito de observação (Protocolo de ITU e Pneumonia), referenciado para a Atenção Básica, a autorização de fornecimento dependerá de alta implicada após contato entre os serviços, via e-mail.
4. As unidades de referência são:
  - **CSE Estoril** - (17) 32263033 / 32266240; Rua Caetano Elzo Rogério, 1800 - Jardim Ouro Verde.
  - **UBS Jaguaré** – (17) 3202 3060, Avenida Danilo Galeazzi, 1881 – Jaguaré;
  - **UBSF Parque Industrial** - (17) 32332489 / 32310030. Rua Expedicionários, 1541 - Parque Industrial;
  - **UBS Santo Antônio** - Rua Ida Tagliavini Polachini, 580 - Santo Antônio, (17) 3206 2088;
  - **UBS Solo Sagrado** - Rua Beatriz da Conceição, 406 - Solo Sagrado, (17) 3219 9327;
  - **UBS Vetorazzo** - (17) 32194171 / 32365859. Avenida Ernesto Fortunato Vetorazzo, 711 - Jardim Vetorazzo;
  - **UBSF Vila Toninho** - (17) 3218 1004 / 3238 1227. Rua Odilon Amadeu, 710 - Vila Toninho;

Paciente: \_\_\_\_\_

PFJ: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Kg

**Medicamento: Ceftriaxona 1g**

**Justificativa da indicação:**

- (     ) Uso vinculado à Doença de Notificação Compulsória. Nº SINAN: \_\_\_\_\_
- (     ) Cistite complicada (pacientes em leito de observação na UPA)
- (     ) Pielonefrite aguda (pacientes em leito de observação na UPA)
- (     ) Pneumonias em adultos com sinais de gravidade e indicação de internação (pacientes em leito de observação na UPA)
- (     ) Continuidade de tratamento pós alta da UPA (Cistite, Pielonefrite ou Pneumonias).

Justificativa da impossibilidade de uso de alternativa oral: \_\_\_\_\_

(     ) Infecção Gonocócica Não Complicada (uretra, colo do útero, reto e faringe) ou Disseminada

(     ) DIPA (doença inflamatória pélvica aguda) tratamento ambulatorial

(     ) 2ª escolha em infecção da cavidade oral - Prevenção da endocardite infecciosa.

Justificativa da impossibilidade de uso de alternativa oral: \_\_\_\_\_

**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**