



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
() Pneumonia Adquirida na Comunidade
() Infecções gonocócicas não complicadas ou disseminada
() Infecção ocular por *Chlamydia trachomatis*
() Uretrite por *Chlamydia trachomatis* ou *Mycoplasma genitalium*
() Coqueluche
() Pacientes alérgicos a betalactâmicos: amigdalite () faringite () otite ()
() 2ª escolha em infecção da cavidade oral (Prevenção da endocardite infecciosa)
() Infecção gastrointestinal (diarreia severa)
() 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.**