



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 ou Disseminada na mulher.
- () 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**