



PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE CEFTRIAXONA – ALTA HOSPITALAR

1. O fornecimento de Ceftriaxona visa à garantia do cuidado centrado no paciente, em consonância as diretrizes da Rede de Atenção às Urgências do Sistema Único de Saúde (SUS), proporcionando assim a intervenção adequada a sua necessidade de saúde. A disponibilidade do medicamento Ceftriaxona se destina ao atendimento de pacientes que necessitam de continuidade de tratamento após alta de internação hospitalar ou leito de observação nas UPAs, seguindo as diretrizes da Rede de Atenção às Urgências do Sistema Único de Saúde.
2. Serão atendidas as prescrições de Ceftriaxona, após alta hospitalar, dos serviços AME, Beneficência Portuguesa, HB, HCM, Santa Casa e Hospital Municipal Dr. Domingo Marcolino Braile, dos pacientes que foram referenciados pelo Sistema Único de Saúde do município de São José do Rio Preto.
3. O presente formulário é de uso exclusivo no atendimento a pacientes munícipes de São José do Rio Preto – para fornecimento de ceftriaxona, após Alta Hospitalar.
4. A aplicação deste medicamento será realizada na Unidade de Saúde ou através do Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), após avaliação no serviço de saúde, não havendo fornecimento de insumos para aplicação.
5. Será considerado o tempo máximo de tratamento de 07 dias. Para período superior, a autorização de fornecimento dependerá da informação da data de retorno no formulário.
6. O acompanhamento do paciente deverá ser realizado no serviço hospitalar de origem.
7. As solicitações via formulário deverão ser enviadas até as 13:00 horas para garantia de atendimento no mesmo dia. Após esse horário, o atendimento será realizado somente no próximo dia útil.
8. Para a **solicitação do medicamento ceftriaxona 1g** é obrigatório contato prévio do hospital com a Farmácia do Serviço de Saúde onde o paciente receberá o medicamento, sendo as **unidades de referência:**
 - **CSE Estoril** - 32263033 / 32266240; Rua Caetano Elzo Rogério, 1800 - Jardim Ouro Verde.
 - **UBS Jaguaré** – 32023060. Avenida Danillo Galeazzi, 1881 – Jaguaré.
 - **UBSF Parque Industrial** - 32332489 / 32310030. Rua Expedicionários, 1541 - Parque Industrial.
 - **UBS Santo Antônio** - 32062088; Rua Ida Tagliavini Polachini, 580 - Santo Antônio.
 - **UBS Solo Sagrado** - 32199320; Rua Beatriz da Conceição, 406 - Solo Sagrado.
 - **UBS Vetorazzo** - 32194171/32365859. Av Ernesto Fortunato Vetorazzo, 711 - Jardim Vetorazzo. **UBSF Vila Toninho** - 32181004 / 32381227. Rua Odilon Amadeu, 710 - Vila Toninho.
9. A **disponibilização** do medicamento no serviço de Saúde dependerá do preenchimento total e envio deste formulário pelo hospital.
10. É condição para a **dispensação** do medicamento na farmácia da Unidade de Saúde a apresentação dos seguintes documentos após o envio do formulário: **prescrição médica (em duas vias), documento de identificação do paciente e resumo de alta médica.**





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

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE CEFTRIAXONA – ALTA HOSPITALAR

Nome Completo do Paciente: _____

Telefone: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço (São José do Rio Preto): _____

PFJ: _____ Idade: _____ Peso: _____ Kg

Unidade de Referência: _____

INFORMAÇÕES SOBRE O TRATAMENTO – PRESCRIÇÃO

Dose: _____ Posologia: _____

Número Total de dias de Tratamento: _____ dias

Modo de diluição: _____

Data de retorno no serviço: ____/____/____ Data de internação: ____/____/____

Data de início do tratamento: ____/____/____

Dia e Horário da última aplicação no hospital: ____/____/____ - ____:____

Diagnóstico: _____

Relatório Médico:

Conduta:

1. () Antibiograma: micro-organismo sensível. Relatar o resultado da cultura:

2. () Tratamento empírico.

INFORMAÇÕES DO SOLICITANTE

Nome da instituição: _____

Nome do profissional médico: _____

CRM: _____

E-mail da instituição: _____

Telefone/ramal de contato do responsável pelo envio dos dados: _____

Nome do responsável pelo envio do(s) documento(s): _____

Função do responsável pelo envio do(s) documento(s): _____

Data: ____/____/____ Assinatura e carimbo do médico: _____

