



**SECRETARIA DE SAÚDE
PORTARIA Nº 21
DE 20 DE AGOSTO DE 2018.**

Em atenção ao Protocolo Municipal de Assistência Pré-Natal, torna obrigatório o preenchimento de formulário para solicitação do medicamento progesterona 100mg.

ALDENIS ALBANEZE BORIM, Secretário Municipal de Saúde, do Município de São José do Rio Preto, Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais, e nos termos do Decreto nº 15.960 de 06 de outubro de 2011.

DETERMINA:

Art. 1º - O medicamento progesterona 100mg será disponibilizado para o tratamento de gestantes acompanhadas nas Unidades de Saúde do Município de São José do Rio Preto conforme Protocolo Municipal de Assistência Pré-Natal 2017.

Art. 2º - Fica instituído o formulário para a solicitação do medicamento progesterona (Anexo I).

Parágrafo primeiro – **é obrigatório** o preenchimento do formulário para solicitação do medicamento progesterona.

Art. 3º - São **condições para a dispensação** do medicamento progesterona o preenchimento total e legível deste **formulário** e sua apresentação juntamente com a **prescrição médica** e resultado do **exame de ultrassonografia**, nas farmácias dos serviços municipais.

Art. 4º - Esta Portaria será publicada por afixação na mesma data e local de costume, e, em Diário Oficial do Município, bem como registrada em livro próprio desta Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto, Estado de São Paulo, entrando em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º - Ficam revogadas as disposições em contrário.

Publique-se, registre-se e cumpra-se.

ALDENIS ALBANEZE BORIM
Secretário Municipal de Saúde

Anexo I
**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE
PROGESTERONA**

Protocolo de Atenção Pré-Natal 2017 – Programa Saúde da Mulher

Atenção:

** São **condições para a dispensação** deste medicamento o preenchimento total e legível deste **formulário** e sua apresentação juntamente com a **prescrição médica** e resultado do **exame de ultrassonografia**, na farmácia.

** O exame de ultrassom deve ser realizado entre 20 e 24 semanas para avaliação fetal e comprimento do colo uterino.

** Este formulário é de uso exclusivo nas Unidades de Saúde próprias do município.

Paciente: _____
PFJ: _____ Idade: _____ Peso: _____ Kg
Tempo de gestação: _____

Medicamento: progesterona 100 mg

Indicações:

- () Paciente com comprimento de colo menor que 2,5 cm (alto risco de parto prematuro).
() Paciente com comprimento de colo menor que 1,5 cm (alto risco de parto prematuro).

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

Recomendação de dose:

Comprimento de colo menor que 2,5 cm	Progesterona 100mg via vaginal, 1 vez por dia até a 37ª semana.
Comprimento de colo menor que 1,5 cm	Progesterona 200 mg via vaginal, 1 vez por dia até a 37ª semana.