



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PORTARIA Nº 20

De 22 de Julho de 2013

Institui critérios para a prescrição e dispensação dos medicamentos Amoxicilina 50 mg + Clavulanato de Potássio 12,5 mg/ml – susp. oral e Amoxicilina 500 mg + Clavulanato de Potássio 125 mg –no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto.

O Secretário Municipal de Saúde, **Dr. Valter Negrelli Junior**, no uso de suas atribuições que lhe são conferidas por Lei, faz saber:

Considerando as disposições constitucionais e a Lei Federal nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que tratam das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, como direito fundamental do ser humano.

Considerando o artigo XIII da Resolução nº 338 – 06/05/2004, do Conselho Nacional de Saúde que estabelece a promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo.

Considerando que o uso racional de medicamentos inclui a indicação correta do medicamento, baseada nas principais evidências científicas disponíveis.

Considerando a necessidade de se estabelecer fluxo de prescrição e dispensação dos medicamentos Amoxicilina 50 mg + Clavulanato de Potássio 12,5 mg/ml – susp. oral e Amoxicilina 500 mg + Clavulanato de Potássio 125 mg – comprimido, garantindo o uso nas infecções causadas por bactérias produtoras de betalactamase, originalmente sensíveis a amoxicilina¹.

Considerando que o uso racional de antibióticos é estratégia para diminuir a resistência antimicrobiana.

Considerando a deliberação da Comissão de Farmácia e Terapêutica nº 31/2010 – 09/04/2010.

Considerando a Portaria SMS nº07, de 24 de abril de 2013, que estabelece a REMUME 2013.

Resolve:

Artigo 1º - Divulgar, sob a forma do Anexo, o formulário de solicitação dos medicamentos Amoxicilina 50 mg + Clavulanato de Potássio 12,5 mg/ml – susp. Oral e Amoxicilina 500 mg + Clavulanato de Potássio 125 mg – comprimido.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Artigo 2º - Estabelecer que a prescrição de Amoxicilina 50 mg + Clavulanato de Potássio 12,5 mg/ml – susp. Oral e Amoxicilina 500 mg + Clavulanato de Potássio 125 mg – comprimido deva ser acompanhada do formulário de dispensação, que é o documento que autoriza a dispensação do medicamento.

Artigo 3º - Estabelecer que a dispensação de Amoxicilina 50 mg + Clavulanato de Potássio 12,5 mg/ml – susp. Oral e Amoxicilina 500 mg + Clavulanato de Potássio 125 mg – comprimido, deverá ocorrer mediante a apresentação de formulário próprio, parte integrante desta portaria, totalmente preenchido pelo médico, com letra legível.

Artigo 4º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

DR. VALTER NEGRELLI JÚNIOR

Secretário Municipal de Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTÁSSIO - 50 MG + 12,5 MG/ML - SUSPENSÃO ORAL OU AMOXICILINA 500 MG + CLAVULANATO DE POTÁSSIO 125 MG – COMPRIMIDO

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

Alergia conhecida a antimicrobianos: () não () sim. Qual(is)?

Medicamento requisitado:

- () Amoxicilina 50 mg + Clavulanato de Potássio 12,5 mg/ml – susp. oral
() Amoxicilina 500 mg + Clavulanato de Potássio 125 mg – comprimido.

Justificativa da indicação:

() Pneumonia Adquirida na Comunidade em pacientes com doenças associadas ou uso de antibióticos nos últimos 3 meses. Descrever antibiótico utilizado anteriormente:

() Continuação de tratamento de infecção intra-abdominal: colangite, apendicite, abscessos causadas por enterococos, Bacteroides sp. e algumas enterobacteriaceas.

() Segunda escolha infecções de cavidade oral.

() Segunda escolha para tratamento de _____ com falha de 1ª escolha. Descrever antibiótico utilizado anteriormente:

() Segunda escolha infecções de pele causadas por Staphylococcus aureus sensível a meticilina.

() Antibiograma – microrganismo sensível. Relatar o resultado da cultura e antibiograma:

Dose recomendada para criança¹: De 20 a 40 mg/kg/dia, por via oral, divididos a cada 8 horas, ou 45 mg/kg/dia, fracionados a cada 12 horas.

Dose recomendada para adulto²: 250 + 62,5 a 500 + 125 mg, por via oral, a cada 8 ou 12 horas. A dose e a duração do tratamento dependem do local e gravidade da infecção.

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

¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos.

Formulário Terapêutico Nacional. Brasília - DF, 2008

² BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos.

Formulário Terapêutico Nacional. Brasília - DF, 2010