



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

ESTADO DE SÃO PAULO

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**PORTARIA Nº 21**

**De 22 de Julho de 2013**

*Institui critérios para a prescrição e dispensação do medicamento Azitromicina 500mg 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** que o uso racional de antibióticos é estratégia para diminuir a resistência antimicrobiana.

**Considerando** a deliberação da Comissão de Farmácia e Terapêutica nº 28/2010 – 03/09/2010.

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

**Resolve:**

**Artigo 1º** - Divulgar, sob forma do Anexo, o formulário de solicitação do medicamento Azitromicina 500 mg.

**Artigo 2º** - Estabelecer que a prescrição de Azitromicina 500 mg deva ser acompanhada do formulário de dispensação, que é o documento que autoriza a dispensação do medicamento.

*Secretaria Municipal de Saúde  
Av. Romeu Strazzi nº 199 – Sinibaldi Fone (17) 3216-9766*



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

ESTADO DE SÃO PAULO

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**Artigo 3º** - Estabelecer que a dispensação de Azitromicina 500 mg, 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 AZITROMICINA 500 MG**

**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:**

(        ) Azitromicina 500 mg

**Justificativa da indicação:**

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

(        ) Pneumonia Adquirida na Comunidade.

(        ) Profilaxia de endocardite em pacientes com a alergia a betalactâmicos.

(        ) Infecção genital por *Chlamydia trachomatis*.

(        ) Tracoma.

(        ) Quimioprofilaxia de Coqueluche em adultos<sup>1</sup>.

(        ) Antibiograma. Relatar o resultado da cultura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura e carimbo do médico: \_\_\_\_\_

*Dose recomendada para o tratamento da infecção genital por clamídia em adultos<sup>2</sup>:*

• *Acima de 45 kg: 1 g, por via oral, em dose única.*

• *Abaixo de 45 kg: 20 mg/kg, por via oral, em dose única.*

<sup>1</sup> DAT/VE/DEVISA/SMS. Nota Técnica Nº 1/2012 - **Coqueluche**.

<sup>2</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Formulário Terapêutico Nacional**. Brasília - DF, 2010.