



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PORTARIA Nº 23

De 22 de Julho de 2013

Institui critérios para a prescrição e dispensação do medicamento Clindamicina 300 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 que o uso racional de antibióticos é estratégia para diminuir a resistência antimicrobiana.

Considerando a deliberação da Comissão de Farmácia e Terapêutica nº 33/2010 – 09/04/2010.

Resolve:

Artigo 1º - Divulgar, sob forma de anexo, o formulário de solicitação do medicamento Clindamicina 300 mg.

Artigo 2º - Estabelecer que a prescrição de Clindamicina 300 mg deva ser acompanhada do formulário de dispensação, que é o documento que autoriza a dispensação do medicamento.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Artigo 3º - Estabelecer que a dispensação de Clindamicina 300 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 contrario.

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 CLINDAMICINA 300 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:

() Clindamicina 300 mg - cápsula.

Justificativa da Indicação:

- () Pé diabético
- () Toxoplasmose
- () Pneumocistose
- () Osteomielite crônica
- () Osteomielite aguda
- () Abscesso odontogênico
- () 2º escolha tratamento de infecções de pele
- () Antibiograma. Relatar o resultado da cultura e antibiograma:

Dose recomendada nas infecções causadas por bactérias anaeróbias e aeróbias Gram positivas¹: 150 a 450 mg, por via oral, a cada 6 horas. Dose máxima diária: 1,8 g.

Dose recomendada na toxoplasmose¹: 600 mg, por via oral, a cada 6 horas, durante no mínimo 6 semanas, combinada a pirimetamina e folinato de cálcio.

Dose recomendada na pneumocistose¹: 300 a 450 mg, por via oral, a cada 6 horas, durante 21 dias, combinada a primaquina..

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

¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Formulário Terapêutico Nacional**. Brasília - DF, 2010.