



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PUBLICADA NOVAMENTE PARA CORREÇÃO DO ANEXO

PORTARIA Nº 25

De 22 de Julho de 2013

Institui critérios para a prescrição e dispensação do medicamento Ceftriaxona solução injetável 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 os benefícios do início precoce da antibioticoterapia no tratamento da pneumonia adquirida na comunidade¹.

Considerando o protocolo de tratamento de pneumonia da Secretaria de Saúde que considera o score de CURB-65 para avaliação da gravidade da doença.

Considerando a indicação do medicamento Ceftriaxona Sódica no tratamento de infecções por *Neisseria gonorrhoea*^{2,3,4}.

Considerando a deliberação da Comissão de Farmácia e Terapêutica nº 26/2010 – 01/10/2010.

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

Resolve:

*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 1º - Estabelecer protocolo de prescrição e dispensação de Ceftriaxona solução injetável no SUS municipal.

Artigo 2º - Estabelecer que a prescrição de Ceftriaxona solução injetável deva ser acompanhada do formulário de dispensação, que é o documento que autoriza a dispensação do medicamento.

Artigo 3º - Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

DR. VALTER NEGRELLI JÚNIOR

Secretário Municipal de Saúde

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes Brasileiras para Pneumonia Adquirida na Comunidade em Adultos Imunocompetentes- 2009. J BrasPneumol. 2009; 35(6): 574-601
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde. 2005. 140p. Série Manuais n.o 68 4.ed.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos 2010**. Brasília - DF, 2010.
4. FUCHS, F. D.. **Antibióticos Betalactâmicos**. In: Fuchs, FD, Wannmacher L, Ferreira MBC, eds. *Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional*. 3a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004: 536-553.

Secretaria Municipal de Saúde
Av. Romeu Strazzi n° 199 – Sinibaldi Fone (17) 3216-9766



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE CEFTRIAXONA

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

Medicamento requisitado:

1-)()Ceftriaxona IM 500 mg. Uso vinculado a Notificação Compulsória. Nº SISVAN: _____

2-)()Ceftriaxona IV 1g. Tratamento de Pneumonias com sinais de gravidade e **indicação de internação. 1ª dose na Unidade de Saúde.**

Escore de avaliação CRB-65¹:

Pontuação: 1 ponto para cada variável.

CRB=3 OU4 => Internação

- () C = Confusão mental recente
- () R= Frequência respiratória > 30 ciclos/ min
- () B= PAS<90 mmHg ou PAD<60mmHg
- () 65= mais de 65 anos

Sinais de Gravidade¹:

- () Indicações socioeconômicas: morador de rua, idoso na ausência de cuidador ou familiar, deficiência mental ou cognitiva **ou**
- () Hipoxemia saturação < 90% **ou**
- () Doenças associadas descompensadas **ou**
- () Impossibilidade de ingestão de medicação

Dose recomendada:¹: Ceftriaxona 1g EV + Azitromicina 500 mg, ao encaminhar para internação.

3-)()Ceftriaxona IV 1g. Antibiograma – microrganismo sensível. Relatar o resultado da cultura e antibiograma: _____

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

¹ Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes Brasileiras para Pneumonia Adquirida na Comunidade em Adultos Imunocompetentes- 2009. J BrasPneumol. 2009; 35(6): 574-601