



**Prefeitura de São José do Rio Preto  
Secretaria de Saúde**

**PORTARIA Nº 21  
DE 24 DE AGOSTO DE 2015.**

*Estabelece formulário e fluxo para utilização de ceftriaxona 1g.*

**TERESINHA APARECIDA PACHÁ**, Secretária 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.

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.

O artigo 2º inciso 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.

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

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

Os benefícios do início precoce da antibioticoterapia no tratamento da pneumonia adquirida na comunidade<sup>1</sup>.

*Neisseria gonorrhoea*<sup>2,3,4</sup>.

A indicação do medicamento Ceftriaxona Sódica no tratamento de infecções por

**Determina:**

**Art. 1º** - Estabelecer, na forma do ANEXO 01, parte integrante desta portaria, o formulário para a solicitação de ceftriaxona 1g solução injetável para uso endovenoso (EV) em DST.

**Art. 2º** - Estabelecer, na forma do ANEXO 01, o formulário para a solicitação de aplicação da primeira dose de ceftriaxona 1g solução injetável EV em pneumonia com indicação de internação nas Unidades de Saúde próprias do SUS municipal.

**Art. 3º** - Estabelecer, na forma do ANEXO 02, parte integrante desta portaria, o formulário para a solicitação de ceftriaxona 1g solução injetável EV para a continuidade de tratamento na alta hospitalar.





## **Prefeitura de São José do Rio Preto Secretaria de Saúde**

**Art. 4º** - Definir no ANEXO 03, parte integrante desta portaria, o fluxo de prescrição e dispensação de ceftriaxona solução injetável EV para a continuidade de tratamento na alta hospitalar.

**Art. 5º** - Ficam revogadas as disposições em contrário, em especial a portaria SMS nº 25, de 22 de julho de 2013.

**Art. 6º** - 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.

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

**Teresinha Ap. Pachá**  
**Secretária Municipal de Saúde**





**Prefeitura de São José do Rio Preto  
Secretaria de Saúde**

**ANEXO 01**

**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE CEFTRIAXONA EV**

**Atenção: este formulário é de uso exclusivo nas Unidades de Saúde próprias do município –Unidades de Pronto Atendimento e Unidades Básicas de Saúde.**

Paciente: \_\_\_\_\_  
PFJ: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
Kg

**Medicamento: ceftriaxona 1g endovenoso**

**Indicações:**

- 1-)(  ) Uso vinculado a Notificação Compulsória. Nº SINAN: \_\_\_\_\_  
2-)(  ) 1ª dose para Tratamento de Pneumonias **em adulto** com sinais de gravidade e **indicação de internação. Realizar 1ª dose no Pronto Atendimento da Unidade de Saúde ou em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e encaminhar para internação.**

**Dose recomendada<sup>1,2,3</sup>:** Ceftriaxona 2g EV + Azitromicina 500 mg, ao encaminhar para internação.

**Escore de avaliação CRB-65<sup>1</sup>:**

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 Gravidade<sup>1</sup>:**

- (  ) 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

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

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

<sup>2</sup> Sociedade Brasileira de Pneumonia e Tisiologia. Pneumonias Adquiridas na Comunidade (Pac) em Adultos Imunocompetentes – 2001. Proj. Diretrizes. 2001

<sup>3</sup> Levin, A. S. S. et al. Guia de Utilização de Anti-Infeciosos e Recomendações para a Prevenção de Infecções Hospitalares. Hospital das Clínicas FMUSP, São Paulo, 5ª edição, 2012-2014.





**Prefeitura de São José do Rio Preto  
Secretaria de Saúde**

**ANEXO 02**

**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE CEFTRIAXONA – ALTA HOSPITALAR**

**ATENÇÃO:**

1. Para a **solicitação** do medicamento ceftriaxona solução injetável para uso endovenoso (EV) é obrigatório contato prévio do hospital com a Farmácia Central da Secretaria Municipal de Saúde - fone 3216-7470.
2. A **disponibilização** do medicamento na Unidade Básica de Saúde dependerá do preenchimento total e envio on line, pelo hospital, do referido formulário, para a Farmácia Central da Secretaria Municipal de Saúde.
3. É condição para a **dispensação** do medicamento na farmácia da Unidade de Saúde a apresentação dos seguintes documentos: formulário totalmente preenchido e de forma legível, prescrição médica (em duas vias) e número do protocolo de atendimento gerado pela Farmácia Central.
4. O formulário para a solicitação de ceftriaxona solução injetável para uso endovenoso esta disponível no site da Secretaria Municipal de Saúde - [http://gestao.saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/modules/mastop\\_publish/?tac=Medi\\_Prof\\_Form\\_Pres\\_Anti](http://gestao.saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/modules/mastop_publish/?tac=Medi_Prof_Form_Pres_Anti).

Paciente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Kg  
Unidade \_\_\_\_\_ de  
Referência: \_\_\_\_\_  
Tempo de internação: \_\_\_\_\_ Data alta  
hospitalar: \_\_\_\_\_  
Horário da última aplicação no hospital: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico: \_\_\_\_\_

**Medicamento: ceftriaxona 1g EV.**

**Relatório**

**Médico:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Conduta:**

- 1-) ( ) Antibiograma – microrganismo sensível. Relatar o resultado da cultura e antibiograma. Anexar exame ao formulário: \_\_\_\_\_
- 2-) ( ) Tratamento empírico.

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





## Prefeitura de São José do Rio Preto Secretaria de Saúde

### ANEXO 03

#### FLUXO DE PRESCRIÇÃO E DISPENSAÇÃO DE CEFTRIAXONA SOLUÇÃO INJETÁVEL ENDOVENOSO (EV) PARA A CONTINUIDADE DE TRATAMENTO NA ALTA HOSPITALAR.

- I - Para garantir o acesso do paciente a este medicamento o hospital deve:
1. Entrar em contato com a Farmácia Central da Secretaria Municipal de Saúde - fone 3216-7470.
  2. Enviar solicitação para Farmácia Central da Secretaria Municipal de Saúde, específica para este paciente.
  3. A solicitação consiste no preenchimento e envio on line do formulário de solicitação de ceftriaxona solução injetável para uso endovenoso, disponível no site da Secretaria Municipal de Saúde, no endereço eletrônico:  
[http://gestao.saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/modules/mastop\\_publish/?tac=Medi\\_Prof\\_Form\\_Pres\\_Anti](http://gestao.saude.riopreto.sp.gov.br/transparencia/modules/mastop_publish/?tac=Medi_Prof_Form_Pres_Anti).
- II - No formulário on line o hospital deverá informar obrigatoriamente:
1. Dados do paciente: nome completo, telefone, idade, peso, Unidade Básica de Saúde mais próxima da residência.
  2. Dados da internação: tempo de internação, data da alta hospitalar, horário da última aplicação do antibiótico ceftriaxona 1g uso endovenoso, diagnóstico.
  3. Dados do tratamento: dosagem do medicamento, tempo de tratamento, nome do prescriptor.
- III - Procedimento operacional:
1. O envio do formulário para a Farmácia Central deverá ser feito de segunda a sexta-feira das 7h00 às 16h00, para que haja tempo hábil para a entrega do medicamento à Unidade Básica de Saúde.
  2. Após receber o formulário, a Farmácia Central emitirá o protocolo de atendimento e informará o mesmo ao hospital, por e-mail.
  3. A Farmácia Central enviará o medicamento para a Unidade Básica de Saúde referida pelo hospital, em até um dia útil.
  4. O hospital deverá orientar o paciente sobre o local e horário de atendimento da farmácia da Unidade Básica de Saúde, informações disponíveis no endereço eletrônico:  
<http://www.riopreto.sp.gov.br/PortalGOV/cache/home.html>.
  5. O paciente deverá ser encaminhado pelo hospital para a retirada do medicamento na Unidade Básica de Saúde portando: receita em duas vias, formulário de prescrição específico, definido no ANEXO 2 desta portaria e número do protocolo de atendimento da Farmácia Central.
  6. A apresentação dos documentos acima descritos é condição para o fornecimento do medicamento ceftriaxona 1g solução injetável endovenoso na Unidade Básica de Saúde.

