

Portaria nº 12
23 de março de 2011

Estabelece formulário de solicitação do medicamento Azitromicina 500 mg.

O Secretário Municipal de Saúde, **Prof. Dr. José Victor Maniglia**, no uso de suas atribuições que lhe são conferidas por Lei;

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

Considerando o artigo XIII da Resolução nº 338 de 06 de maio de 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 REMUME do Município, Portaria nº 01/2011;

Considerando a deliberação da Comissão de Farmácia e Terapêutica nº 28/2010 de 03 de abril de 2010.

Resolve:

Artigo 1º - Instituir o formulário de solicitação do medicamento Azitromicina 500 mg, conforme anexo I.

Artigo 2º - Determinar que a prescrição de Azitromicina 500 mg deva ser acompanhada do formulário, anexo I, documento que autoriza a dispensação do medicamento.

Artigo 3º - Determinar que a dispensação de Azitromicina 500 mg, deverá ocorrer mediante a apresentação de formulário próprio, anexo I, integralmente preenchido e assinado pelo médico, com letra legível.

Artigo 4º - Esta portaria entra em vigor a partir da sua data de publicação, revogadas todas as disposições em contrário.

PROF. DR. JOSÉ VICTOR MANIGLIA
Secretário Municipal de Saúde

Anexo I

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 _____.

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

() Infecção genital por *Chlamydia trachomatis*.

() Tracoma.

() Antibiógrama. Relatar o resultado da cultura: _____

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

Dose recomendada para o tratamento da infecção genital por clamídia em adultos¹:

- *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.*

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