

**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.

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