Prefeitura do Município de Interesse Turístico de Brodowski

Estado de São Paulo
Secretaria Municipal de Saúde

JUSTIFICATIVA DE USO CEFTRIAXONA E.V e I.M

Identificação/carimbo da unidade requisitante:

Paciente: _____ Idade: _____
Diagnóstico principal: _____
Medicamento requisitado: Ceftriaxona ( ) E.V ( ) I.M
Quantidade/ apresentação: _____
Alergia conhecida a antimicrobianos? ( ) Sim ( ) Não Qual? _____

Justificativa da Indicação:

( ) Tratamento com outro(s) antimicrobiano(s) sem resposta satisfatória. Especifique:
_____
( ) Primeira escolha para tratamento de **Meningites.**
( ) Primeira escolha para tratamento de **Pneumonias** com sinais de gravidade e **indicação de internação .**
( ) Segunda escolha para tratamento de **Pielonefrites** devido:

- Falha da primeira escolha ( )
- Indisponibilidade da primeira escolha ( ) Qual? _____

( ) Contraindicações do uso de outros antimicrobianos/via de administração oral.
Especifique: _____

ATENÇÃO: O **completo preenchimento** deste documento com **LETRA LÉGIVEL** é **IMPRESCINDÍVEL** para a dispensação do medicamento **JUNTAMENTE COM A PRESCRIÇÃO MÉDICA COMPLETA EM 2 VIAS.**

Data: ___ /___ /_____ Assinatura e Carimbo do prescritor: _____