



Prefeitura do Município de Interesse Turístico de Brodowski

Estado de São Paulo
Secretaria Municipal de Saúde

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICO AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTÁSSIO

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: _____
Fiorilli: _____ Idade: _____ Peso: _____ Kg

Medicamento requisitado:

- () Amoxicilina 50 mg + Clavulanato de Potássio 12,5 mg/ml – susp. oral – **EXCLUSIVO PARA USO PEDIÁTRICO**
() Amoxicilina 500 mg + Clavulanato de Potássio 125 mg – comprimido.

Justificativa da indicação:

- () Pneumonia Adquirida na Comunidade em pacientes com doenças associadas ou uso de antibióticos nos últimos 3 meses (adulto: associar a macrolídeo). Descrever antibiótico utilizado anteriormente: _____
() Infecções do trato urinário.
() Pielonefrite.
() Segunda escolha para faringite e amigdalite purulenta.
() Sinusite (uso de Antimicrobiano somente com persistência dos sintomas por mais de 7 dias; dor facial e secreção nasal purulenta).
() Segunda escolha para tratamento de otite média aguda com falha de 1ª escolha. Descrever antibiótico utilizado anteriormente: _____
() Mordedura de animais.
() Antibiógrama - microrganismo sensível. Relatar o resultado da cultura e antibiógrama: _____

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo do prescritor: _____

Unidade de Origem: _____
(CARIMBO)