

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA-SMS
Secretaria de Município da Saúde

**RETIFICAÇÃO: PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO DE AMOXICILINA
+CLAVULANATO DE POTÁSSIO DE 10 DE NOVEMBRO DE 2017**

ANEXO- FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTÁSSIO - 50 MG + 12,5 MG/ML - SUSPENSÃO ORAL OU AMOXICILINA 500 MG + CLAVULANATO DE POTÁSSIO 125 MG – COMPRIMIDO

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: _____

Idade: _____ Peso: _____ Kg: _____

Alergia conhecida a antimicrobianos: () não () sim. Qual(is)?

Já utilizou antibiótico anteriormente? () não () sim. Qual(is)?

Medicamento requisitado:

- () Amoxicilina 50 mg + Clavulanato de Potássio 12,5 mg/ml – susp. Oral.
- () Amoxicilina 500 mg + Clavulanato de Potássio 125 mg – comprimido.

Justificativa da indicação:

Dose recomendada para crianças: De 20 a 90 mg/kg/dia, por via oral, divididos a cada 8 ou 12 horas, ou 45mg/kg/dia, fracionados a cada 12 horas. A dose e a duração do tratamento dependem do local e gravidade da infecção.

Dose recomendada para adultos: 250 + 62,5 a 500 + 125 mg, por via oral, a cada 8 ou 12 horas. A dose e a duração do tratamento dependem do local e gravidade da infecção.

REFERÊNCIAS

- 1 BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário Terapêutico Nacional. Brasília - DF, 2008.
- 2 BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário Terapêutico Nacional. Brasília - DF, 2010.

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

Aprovado pela Comissão de Farmácia e Terapêutica de Santa Maria/RS _____

Santa Maria, 29 de Março de 2018.