

**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE NITROFURANTOÍNA 100 MG
PARA GESTANTES**

Atenção: são condições para a dispensação do medicamento o preenchimento total e legível deste formulário e sua apresentação na farmácia, juntamente com a prescrição médica (em duas vias).

Paciente: _____

SIS Paciente: _____ Idade: _____

Peso: _____ Kg

UBS: _____

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

Medicamento prescrito:

() Nitrofurantoína 100 mg cápsula

Posologia: 1 cápsula 6 /6 h () Quantidade dispensada: _____

Posologia: _____ () Quantidade dispensada: _____

Justificativa da indicação:

() Profilaxia da cistite recorrente

() Tratamento da cistite não complicada

Médico prescritor: _____

CRM: _____ Data: ____/____/____

Referências:

1. http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/infeccao_urinaria_nao-complicada_na_mulher-tratamento.pdf

2. http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/cistite_recorrente-tratamento_e_prevencao.pdf

3. <http://www.sbu-sp.org.br/arquivos/publicacoes/Manual%20GRU%20completo.pdf>