

**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE FOSFOMICINA DE TROMETAMOL
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: _____

UBS: _____

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

Medicamento prescrito:

() Fosfomicina Trometamol 5,631 gramas – Envelope (dose única)

Justificativa da indicação:

() Primeira Infecção

() Profilaxia da cistite recorrente

() Tratamento da cistite não complicada

Resultado da urocultura:

() Não tem

() Tem

() Em andamento

MICROORGANISMO ISOLADO: _____

Médico prescritor: _____ CRM: _____

Data: ____/____/____

Referências:

1. http://www.projetediretrizes.org.br/ans/diretrizes/infeccao_urinaria_ao-complicada_na_mulher-tratamento.pdf

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

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