

## FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE NITROFURANTOÍNA 100MG CÁPSULA

**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

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

### Medicamentos requisitados:

( ) Nitrofurantoína 100 mg cápsula

### 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](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](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>