

**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: _____

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

Medicamentos requisitados:

() 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

MICOORGANISMO ISOLADO: _____

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>