

MUNICÍPIO DE CRICIÚMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA – CFT

Fluxo Municipal de Dispensação de Ceftriaxona

A ceftriaxona é um antibiótico da classe das cefalosporinas de terceira geração, amplamente utilizado no tratamento de infecções bacterianas graves, devido à sua ação eficaz contra uma ampla variedade de patógenos, incluindo organismos Gram-positivos e Gram-negativos. Este medicamento tem sido uma ferramenta fundamental na medicina hospitalar e ambulatorial especialmente em situações de infecções sistêmicas como pneumonia e meningite.

No entanto, devido ao seu amplo espectro de ação, o uso incluído da ceftriaxona pode contribuir para o desenvolvimento da resistência bacteriana, além de aumentar o risco de efeitos adversos indesejados. Em virtude disso, são fundamentais diretrizes claras e específicas para o seu uso no município, garantindo a eficácia do tratamento e a segurança dos pacientes.

Este documento visa orientar profissionais de saúde no uso racional da ceftriaxona. Além disso, busca integrar as práticas de saúde locais, considerando as características epidemiológicas e as necessidades específicas da população atendida. O cumprimento deste fluxo é essencial para garantir que o uso da ceftriaxona seja eficaz e seguro, promovendo resultados para os pacientes e contribuindo para o controle da resistência antimicrobiana.

Por meio desta abordagem, espera-se melhorar o tratamento das infecções, reduzir os danos causados pelo uso inadequado de antibióticos e monitorar as práticas clínicas às recomendações das melhores evidências científicas.

Fluxo para a prescrição e dispensação:

1. A prescrição deve ser feita em conjunto com o preenchimento do formulário específico (anexo I);
2. A dispensação será realizada pelas farmácias distritais, mediante a apresentação da receita e do Formulário para Dispensação de Ceftriaxona devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo prescritor. Aos finais de semana, o plantão para dispensação será realizado na farmácia distrital Boa Vista;
3. Nos casos que o tratamento coincidir com os finais de semana e feriados (situações que a unidade de saúde se encontre fechada) o paciente deverá se dirigir à UPA para administração, levando consigo receita médica;
4. Será dispensado apenas a ceftriaxona que estiver dentro dos critérios de fornecimento estabelecidos pelo município.

ANEXO I: Formulário Para Dispensação de Ceftriaxona

Nome completo Paciente: _____

Data de nascimento: _____ **UBS de referência:** _____

**Justificativa de indicação:
OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO
PARA O FORNECIMENTO DO MEDICAMENTO**

INDICAÇÕES:

- 1- () Cistite complicada;
- 2- () Pielonefrite complicada;
- 3- () Pneumonias com sinais de gravidade;
- 4- () Profilaxia e tratamento de IST's (Ceftriaxona 500 mg*);
- 5- () Falha terapêutica de outro antibiótico em pacientes com lesão de pele e tecidos moles (paciente com diabetes, comprometimento vascular). Descrever abaixo:
- 6- () Otite média aguda em crianças com falha no uso de antibiótico prévio ou contraindicação ao uso das opções disponíveis na rede. Descrever abaixo:

Obrigatório para os itens 5 e 6. Uso prévio de antibióticos (descrever nome e tempo de tratamento). Caso não tenha sido prescrito antibiótico via oral anteriormente, justificar:

Cultura e Antibiograma (se possível):

Quantidade prescrita: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura e Carimbo do prescritor _____

* Para solicitar esse medicamento o paciente ou responsável deve se dirigir a uma das Farmácias Distritais com esse formulário completamente preenchido de acordo com os critérios estabelecidos junto com receita médica de ceftriaxona e documentos pessoais;

**Anexar este documento ao prontuário do paciente.

Farmácia Distrital

Assinatura e Carimbo Farmacêutico _____