



PREFEITURA DE
PARANAGUÁ

PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAGUÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Central de Abastecimento Farmacêutico

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP

Dispensação de Ceftriaxona 500mg IM (intramuscular)



Elaboração: Samuel Augusto Gentilin – CRF-PR 40.535

Data: 12/2024

Revisão e Aprovação: Murilo Cereda da Silva – CRF-PR 26.087

Próxima revisão: 12/25

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CEFTRIAXONA 500mg INTRAMUSCULAR - DOSE ÚNICA

Atenção: este formulário é de uso exclusivo das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Paranaguá/PR.

Medicamento:	Ceftriaxona 500mg IM
--------------	----------------------

Paciente:

Idade:

Peso:

Telefone:

() Uso vinculado à Doença de Notificação Compulsória (IST) Nº SINAN: _____

Justificativa de Indicação:

() Doença Inflamatória Pélvica – Ceftriaxona 500mg IM dose única + Metronidazol 250 mg 2 comprimidos 12/12h + Doxiciclina 100 mg 1 comprimido 12/12h (ambos por 14 dias).

() Infecção gonocócica NÃO complicada (uretra, colo do útero, reto e faringe) - Ceftriaxona 500mg IM dose única + Azitromicina 500mg 2 comprimidos dose única.

() Infecção gonocócica disseminada - Ceftriaxona 1g IM ou IV ao dia, completando ao menos 7 dias de tratamento + Azitromicina 500mg 2 comprimidos dose única.

() Conjuntivite gonocócica no adulto - Ceftriaxona 1g IM dose única.

() Uretrite (sem identificação do agente etiológico OU gonocócica OU demais infecções gonocócicas NÃO complicadas - uretra, colo do útero, reto e faringe) - Ceftriaxona 500mg IM dose única + Azitromicina 500mg 2 comprimidos dose única.

() Retratamento de infecções gonocócicas - Ceftriaxona 500mg IM dose única + Azitromicina 500mg 4 comprimidos dose única.

() Proctite (diagnóstico presuntivo) - Ceftriaxona 500mg IM dose única + Azitromicina 500mg 2 comprimidos dose única.

Observação: A apresentação Ceftriaxona 500 mg destina-se prioritariamente ao tratamento de ISTs. Desta maneira, seu uso ficará restrito a esta recomendação e sua administração será em dose única, realizada nas UBSs.

Uso da farmácia:

Médico - Assinatura e carimbo

Data: ____ / ____ / ____

_____ Farmacêutico

Autorizado e Dispensado em: ____ / ____ / ____