

 <p>PREFEITURA DE <b>PARANAGUÁ</b></p>	<p>PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAGUÁ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Central de Abastecimento Farmacêutico PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP Dispensação de Ceftriaxona 500mg IM (intramuscular)</p>	 <p>Secretaria Municipal de <b>SAÚDE</b></p>
	Elaboração: Samuel Augusto Gentilin – CRF-PR 40.535	
	Data: 12/2024	
	Revisão e Aprovação: Murilo Cereda da Silva – CRF-PR 26.087	

## Protocolo Operacional Padrão para Dispensação de Ceftriaxona 500mg IM (intramuscular) nas Farmácias Municipais de Paranaguá

### 1. Objetivo:

Padronizar a dispensação de ceftriaxona 500mg intramuscular nas farmácias municipais de Paranaguá.

### 2. Considerações:

#### a) Validade da Receita:

- As receitas têm validade de 10 dias corridos a partir da data de emissão.

#### b) Retenção de Documentos:

- Por se tratar de antimicrobiano, a farmácia deve reter obrigatoriamente a 2ª via da receita, com a assinatura do responsável pela retirada dos medicamentos.

- Deverá estar anexado o Formulário de Solicitação de Ceftriaxona.

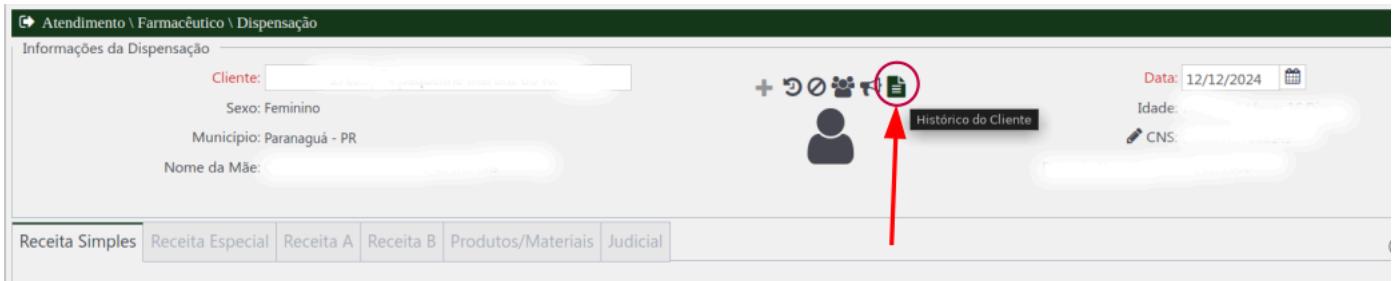
c) Os únicos CID's abrangentes serão os de Infecções Sexualmente Transmissíveis.

### 3. Descrição do Procedimento:

#### 3.1. Avaliação da Prescrição:

- Ao receber a receita de ceftriaxona 500mg IM, o atendente deverá se dirigir ao farmacêutico para avaliação. A avaliação deverá ser conforme protocolo municipal.
- O farmacêutico deverá entrar no prontuário do paciente na plataforma IPM (Imagem 1) e verificar na aba 'Doenças' (Imagem 2) se o CID de atendimento confere com Infecção Sexualmente Transmissível.

Imagem 1



Atendimento \ Farmacêutico \ Dispensação

Informações da Dispensação

Cliente: [campo de texto]  
Sexo: Feminino  
Município: Paranaguá - PR  
Nome da Mãe: [campo de texto]

+

Data: 12/12/2024

Idade: [campo de texto]  
CNS: [campo de texto]

Historico do Cliente

Receita Simples Receita Especial Receita A Receita B Produtos/Materiais Judicial

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

## Imagen 2

Atendimento Multiprofissional	Atendimento Odontológico	CAPS	Atividade Coletiva	Medicamentos/Produtos	Benefícios	Prescrições	Familiares	Unificação de Cadastro	Outras Recomendações
Restrições Alérgicas	Procedimentos	Exames Requisitados	Exames Agendados	Exames Anteriores	Consultas Médicas Agendadas	Atendimento Com Sessões			
Consultas Agendadas Fora do Município	Procedimentos Agendados Fora do Município		Consultas Odontológicas Agendadas		Lista de Espera	AIH (Autorização de Internação Hospitalar)			
APAC (Autor. de Proced. de Alto Custo)	Laudos para Autorização de Procedimentos BPA-I		TFD (Tratamento Fora do Domicílio)		Transportes	Ausências/Transferências/Cancelamentos			
Atendimentos não Realizados	Vacinas Aplicadas	<b>Doenças</b>	Agravos Notificáveis (SINAN)		Acompanhamento/Evolução	Contatos Telefônicos	Histórico Municipal	Visitas Domiciliares	
Consumo Alimentar	Anamneses	Transferência Hospitalar	Documentos Personalizados						
Data	Unidade	Profissional		CID Principal		CID Secundária			
13/09/2024	3 - Posto de Saúde Domingos Lopes do Rosário			3484 - Ernesto Alexander Juncosa Castro	A54 - Infecção Gonocóccica				Não Informado
12/09/2024	3 - Posto de Saúde Domingos Lopes do Rosário			3484 - Ernesto Alexander Juncosa Castro	N768 - Outras Inflamações Especificadas da Vagina e da Vulva				Não Informado

- c) Caso seja verificado divergência, informar ao paciente que a doença dele não se enquadra ao protocolo municipal. Recomendá-lo que retorne ao médico para que avalie outras opções terapêuticas ou adquira o medicamento por vias próprias.
- d) Caso seja procedente a dispensação, verificar se o “Formulário de Solicitação de Ceftriaxona IM” se encontra devidamente preenchido.
- e) Verificar a posologia, se está de acordo com o protocolo:

IST's	Ceftriaxona: Dose única	Acompanhado ou não de outros medicamentos (exemplo: azitromicina, metronidazol, etc)
-------	-------------------------	--

- f) O farmacêutico deverá assinar o Formulário, dando aval para dispensação.

### 3.2. Dispensação:

- a) Realizar a dispensação via sistema IPM. Imprimir o comprovante de recebimento e colher a assinatura.
- b) Ao realizar a dispensação, orientar que o paciente realize a aplicação na Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima da sua casa, o mais rápido possível.

### 3.3. Arquivo:

- a) Armazenar a receita + formulário + comprovante de recebimento.

### 4. Responsável:

- O farmacêutico deve garantir o cumprimento deste protocolo, assegurando a correta dispensação dos medicamentos e a orientação adequada aos pacientes.
- O farmacêutico deve se responsabilizar pelo treinamento e educação permanente de sua equipe.

 <p><b>PREFEITURA DE PARANAGUÁ</b></p>	<p>PREFEITURA MUNICIPAL DE PARANAGUÁ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Central de Abastecimento Farmacêutico</p>	 <p>Secretaria Municipal de <b>SAÚDE</b></p>
	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	

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.

## REFERÊNCIAS

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 211 p. : il. Modo de acesso: World Wide Web: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_clinico\\_atecao\\_integral\\_ist.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_atecao_integral_ist.pdf) ISBN 978-65-5993-276-4

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: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_