

METRONIDAZOL

Uso para tratamento de amebíase, tricomoníase, giardíase, balantídiase, dracunculíase, infecções ósseas, articulares, SNC, intra-abdominais, pélvicas, da pele, tecidos moles, periodontais, abscessos, endocardite, pneumonia, rosácea, septicemia e vaginite.

Informações gerais

Apresentação: 250 mg – comprimido e 100 mg/g – gel vaginal

Dose diária máxima:

- Crianças até 12 anos: 250 mg
- Adultos e crianças acima de 12 anos: 4 g

Observações:

Classificação do medicamento: antibacteriano/antiparasitário.

Medicamento sujeito a controle (Resolução RDC nº 471, de 23 de fevereiro de 2021 – Antimicrobianos).

Orientações para administração do medicamento: O medicamento pode ser utilizado com água durante ou após as refeições. Este medicamento não deve ser partido ou mastigado.

Conservar em temperatura ambiente (entre 15°C e 30°C), protegido da luz e umidade.

Documentos necessários para dispensação do medicamento

1. Prescrição original completa, legível, sem rasuras ou emendas, elaborada pelo profissional médico responsável pelo atendimento ao paciente, contendo:
 - Nome completo do paciente;
 - Nome, endereço, telefone ou identificação da Unidade de Saúde;
 - Nome do princípio ativo do medicamento (sem abreviaturas);
 - Forma farmacêutica e concentração / dosagem do medicamento (em sistema métrico);
 - Posologia: Modo de usar o medicamento, via de administração e duração do tratamento;
 - Data;
 - Identificação completa do prescritor, em carimbo ou manuscrito (nome e número de inscrição no Conselho Profissional do Estado de São Paulo);
 - Assinatura do prescritor.

ATENÇÃO: O prazo de validade da receita será considerado a partir de sua data de emissão. Para este medicamento a validade é de 10 dias, limitadas a 3 (três) dispensações, em situações de uso contínuo, que ocorrerão com intervalo de retirada de 30



COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA FUNDAÇÃO PARA O REMÉDIO POPULAR

Componente Básico da Assistência Farmacêutica – Farmácia Dose Certa

(trinta) dias, podendo ser antecipado em até 5 (cinco) dias úteis desde que seja para a manutenção do tratamento. Prescrições com a indicação de uso “se necessário” não serão aceitas.

2. Relatório médico com a justificativa para uso do medicamento em dose diária superior a dose diária máxima recomendada na bula do medicamento, se pertinente;
3. Cartão Nacional de Saúde (CNS) do paciente.

Reclamações e dúvidas

Para quaisquer esclarecimentos sobre produtos da Fundação para o Remédio Popular – FURP e serviços das Unidades Farmácia Dose Certa:

Telefones: DDG – 0800 055 1530

Endereço eletrônico: sac@furp.sp.gov.br