

**COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FUNDAÇÃO PARA O REMÉDIO POPULAR**

Componente Básico da Assistência Farmacêutica – Farmácia Dose Certa

METRONIDAZOL

Uso para tratamento de amebíase, tricomoníase, giardíase, balantidíase, 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; 40 mg/mL – suspensão oral; 100 mg/g – geléia vaginal

Dose diária máxima:

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

Observações:

Medicamento sujeito a controle (Resolução RDC nº 20, de 5 de maio de 2011 – Antimicrobianos)

Classificação do medicamento: Antibacteriano/Antiparasitário

Orientações para administração do medicamento: O medicamento pode ser utilizado com alimentos ou água.

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 ou dentista 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 (dez) dias.

Prescrições com a indicação de uso “se necessário” não serão aceitas.

METRONIDAZOL (Atualizado em 07/07/2017)

**COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
FUNDAÇÃO PARA O REMÉDIO POPULAR**

Componente Básico da Assistência Farmacêutica – Farmácia Dose Certa

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.

Para consultar o endereço das Unidades Farmácia Dose Certa, [clique aqui](#).

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 e Fax – (11) 2423 - 6202

Endereços eletrônicos: sac@furp.sp.gov.br

METRONIDAZOL (Atualizado em 07/07/2017)