



**PREFEITURA MUNICIPAL DA
ESTÂNCIA TURÍSTICA DE BATATAIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**JUSTIFICATIVA DE USO
CEFTRIAXONA E.V E I.M**

Identificação/carimbo da unidade requisitante:

- Paciente: _____ idade: _____
- Diagnóstico principal: _____
- Medicamento requisitado: **Ceftriaxona**
- Quantidade/apresentação: _____
- Alergia conhecida a antimicrobianos? () Sim () Não Qual(is)? _____

Justificativa da Indicação:

() Tratamento com outro(s) antimicrobiano(s) sem resposta satisfatória. Especifique:

() Primeira escolha para tratamento de **Meningites**.

() Primeira escolha para tratamento de **Pneumonias** com sinais de gravidade e **indicação de internação**.

() Segunda escolha para tratamento de **Pielonefrites** devido:

- ❖ Falha da primeira escolha
- ❖ Indisponibilidade da primeira escolha

() Contraindicação do uso de outros antimicrobianos/via de administração oral. Especifique:

Data: __/__/__

Assinatura e carimbo do médico: _____