

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 integrante do elenco das unidades Farmácia Dose Certa, distribuído pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, conforme pactuação anual disponível no link [Medicamentos das Unidades Farmácia Dose Certa - Secretaria da Saúde - Governo do Estado de São Paulo \(saude.sp.gov.br\)](http://saude.sp.gov.br)

Classificação do medicamento: Antibacteriano/Antiparasitário

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

METRONIDAZOL (Atualizado em 10/09/2024)



COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Básico da Assistência Farmacêutica

Farmácia Dose Certa – Fundação para o Remédio Popular (FURP)

- ✓ 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 (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

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