

**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 água durante ou após as refeições.

Conservar em temperatura ambiente (entre 15°C e 30°C), protegido da luz e umidade.
Este medicamento não deve ser partido ou mastigado

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

METRONIDAZOL (Atualizado em 15/08/2022)



COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA FUNDAÇÃO PARA O REMÉDIO POPULAR

Componente Básico da Assistência Farmacêutica – Farmácia Dose Certa
este medicamento a validade é de 10 (dez) dias.

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.

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 15/08/2022)

