

MUNICÍPIO DE CRICIÚMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA – CFT

PROTOCOLO

Tratamento farmacológico de infecção por *H. pylori*

Critérios de inclusão:

- Infecção ativa por *H. pylori* evidenciada por exame histológico e/ou teste de urease (endoscopia digestiva alta); Validade: 6 meses
- Prescrição médica acompanhada de formulário em anexo.

Tratamento farmacológico recomendado - esquema triplice:

Primeiros 14 dias:

- 1 cápsula de Omeprazol 20 mg a cada 12 horas.

Do 15º ao 28º dia:

- 2 cápsulas de Omeprazol 20 mg a cada 12 horas (jejum e pelo menos 30 minutos antes do jantar)
- 2 cápsulas de Amoxicilina 500 mg a cada 12 horas (jejum e pelo menos 30 minutos antes do jantar).
- 1 comprimido de Claritromicina 500 mg a cada 12 horas (jejum e pelo menos 30 minutos antes do jantar).

CHECK LIST:

1. Prescrição médica contendo o esquema triplice: omeprazol 20 mg + amoxicilina 500 mg + claritromicina 500 mg (nome genérico dos medicamentos), conforme REMUME. (**Validade: 10 dias**)
2. Formulário para solicitação de medicamentos preenchido pelo médico assistente do SUS.

***Os três medicamentos devem ser prescritos e dispensados em conjunto.**

PARA ACESSO AO TRATAMENTO, LEVAR OS ITENS SOLICITADOS NESTE CHECK LIST EM ALGUMA DAS SEGUINTE FARMÁCIAS:

Farmácia Distrital UBS Santa Luzia
Farmácia Distrital UBS Próspera
Farmácia Distrital UBS Quarta linha
Farmácia Distrital UBS Wosocris
Farmácia Distrital UBS Boa Vista
Farmácia Distrital UBS Centro
Farmácia Distrital UBS São Sebastião
Farmácia Distrital UBS Santa Bárbara
Farmácia Distrital UBS Mina do Mato

MUNICÍPIO DE CRICIÚMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA – CFT

**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA
TRATAMENTO DE *H. PYLORI***

1. DADOS DO PACIENTE

Nome completo: _____ DN: ____/____/____
Nome da mãe: _____
Cartão do SUS: _____ CPF: _____
Telefone: () _____ - () _____

2. DADOS PREENCHIDOS PELO MÉDICO

2.1 Critério de inclusão (Para inclusão no protocolo é obrigatória a presença de:)

() Infecção ativa por *H. pylori* evidenciado por exame histológico ou teste de urease

Data da realização da EDA (validade 6 meses): ____/____/____.

2.2 Diagnóstico CID 10: _____

3. DADOS DO MÉDICO PRESCRITOR:

Nome completo: _____

CRM/SC _____

Data: ____/____/____.

Assinatura e Carimbo do médico solicitante