



**FORMULÁRIO PARA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA O TRATAMENTO DE INFECÇÃO POR
*Helicobacter pylori***

Nome do paciente:	Hygia:
Data de nascimento: ____/____/____	

Diagnóstico	Data do exame	Resultado*
<input type="checkbox"/> Endoscopia digestiva alta <input type="checkbox"/> AHP – Pesquisa de Antígeno Fecal	____/____/____	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo

Tratamento medicamentoso (marcar X no esquema terapêutico prescrito):

- Opção de tratamento em adultos, terapia tripla convencional (conforme IV Consenso Brasileiro em *Helicobacter pylori*):

Medicamentos	Duração do tratamento
Omeprazol 20mg - 1 cápsula de 12 em 12 horas Amoxicilina 500mg - 2 cápsulas de 12 em 12 horas Claritromicina 500mg - 1 comprimido de 12 em 12 horas	14 dias

- Opção de tratamento em adultos com alergia à Amoxicilina (conforme IV Consenso Brasileiro em *Helicobacter pylori*):

Medicamentos	Duração do tratamento
Omeprazol 20mg - 1 cápsula de 12 em 12 horas Claritromicina 500mg - 1 comprimido de 12 em 12 horas Levofloxacino 500mg - 1 comprimido por dia	14 dias

Data: ____/____/____

Carimbo e assinatura do médico

*O resultado do exame deve ser apresentado na farmácia juntamente com este formulário e receita médica.
ATENÇÃO: Este formulário deve estar acompanhado da receita médica para orientação do paciente.

PREENCHIMENTO DA FARMÁCIA

Unidade de Saúde:	Hygia:	Telefone:
Marcar X no esquema terapêutico dispensado	Quantidade	Observações
<input type="checkbox"/> Omeprazol 20mg - cápsula		
<input type="checkbox"/> Amoxicilina 500mg - cápsula		
<input type="checkbox"/> Claritromicina 500mg - comprimido		
<input type="checkbox"/> Levofloxacino 500mg - comprimido		

ACOMPANHAMENTO FARMACÊUTICO

1º atendimento (dispensação)	____/____/____	
2º atendimento (acompanhamento)	____/____/____	
3º atendimento (encerramento)	____/____/____	

PÓS TRATAMENTO

Diagnóstico	Data do exame	Resultado
<input type="checkbox"/> Endoscopia digestiva alta <input type="checkbox"/> AHP – Pesquisa de Antígeno Fecal	____/____/____	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo

Data: ____/____/____

Carimbo e assinatura do farmacêutico