

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS DE USO CONTROLADO

Preenchimento pelo médico solicitante em 2 vias

Paciente: _____ Registro: _____ Sexo M () F ()

Peso do paciente: _____ Gestante: Sim () Não ()

Serviço: _____ Andar: _____ Leito: _____ Idade: _____

Reinternação precoce (< 6 meses): Sim () Não ()

Data de internação: __/__/__

Diagn. Admissão: _____

Diag. Infecioso: _____

Antibioticoterapia prévia e tempo de uso: (favor colocar em ordem cronológica)

Não ()

Sim () _____

Cateter vesical de demora: Não () Sim () Ventilação Mecânica: Não () Sim () Cat. venoso central: Não () Sim ()

Portador de insuficiência hepática: Não () Sim () Portador de insuficiência renal: Não () Sim ()

Tipo de uso: () Profilático
() Terapêutico empírico
() Específico para: _____

Tipo de infecção: a infecção é presumivelmente () Comunitária
() Hospitalar

Antimicrobiano solicitado: (Posologia/ Via administração / Tempo previsto de tratamento)

Justificativa: _____

Se o tempo preconizado para antibioticoterapia for superior a 10 dias, justificar: _____

Culturas solicitadas: _____

Data: _____

Assinatura e carimbo do médico: _____

Assinatura e carimbo do coordenador médico ou responsável pelo plantão: _____

PREENCHIMENTO PELA FARMÁCIA DO HOSPITAL DE REFERÊNCIA

() Ficha incompleta.

() Medicamento fornecido () Medicamento indisponível

Assinatura e carimbo do dispensador: _____ Data: __/__/__