

**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: \_\_/\_\_/\_\_