



Hospital Maternidade Santa Theresinha

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS

PACIENTE _____ PRONTUÁRIO _____

ENFERMARIA _____ LEITO _____ DATA INTERNAÇÃO ____/____/____

PROFILÁTICO () TERAPÊUTICO ()

| Antimicrobianos | Via - Dose (Intervalos entre doses) | Duração Prevista |
|-----------------|-------------------------------------|------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

() EMPÍRICO () CULTURA EM ANDAMENTO () FEITO CULTURA ANTES DO INÍCIO DA ANTIMICROBIANO SOLICITADO

DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS E OU CIRÚRGICOS QUE JUSTIFICAM ESTA SOLICITAÇÃO:

MÉDICO: _____ DATA ____/____/____

ORIGEM PROVÁVEL DA INFECÇÃO: () COMUNITÁRIA () HOSPITALAR

OBS.: 1ª Via Prontuário 2ª Via Farmácia