

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente:

COLE A ETIQUETA AQUI.

Data de Nasc: ____/____/____

Data de Adm: ____/____/____

Setor: _____

PREENCHIMENTO PELO MÉDICO

Alergia a algum antimicrobiano? () Sim () Não Qual : _____

Diagnóstico Primário:

Tipo de Uso:

() Terapeutico

() Profilático

Antimicrobiano Solicitado

Posologia

Data de Início

Previsão de dias de
tratamento

Data do termino do tratamento

1

2

3

4

5

Motivo da prescrição do
antimicrobiano

() Adição de droga

Se enquadra no protocolo de
Sepse

() Troca do Tratamento

() Sim

() Descalonamento guiado por
culturas

() Não

() Descalonamento para via oral

Diagnóstico infeccioso
suspeito

() Pulmonar

Coletado Culturas?

Quais?

() Urinário

() Sim

() HMC

() Sanguíneo

() Não

() URC

() Pele e Partes Moles

() Não se Aplica

() SEC TRA Q

() Infecção cirurgica

() Outros

() Outros:

Qual:

PREENCHIMENTO PELA CCIH

Resultado das Culturas: _____

Microorganismo Isolado: _____

Antibiograma: _____

Conduta: _____

Diagnóstico Infeccioso Confirmado :

Classificação da Infecção :

() Comunitária

() Hospitalar

Associada ao dispositivo

() Sim

() Não

Ciencia dos Envolvidos :

Data: ____/____/____