

		CONTROLE DE ANTIMICROBIANOS		Versão 03		COLE A ETIQUETA AQUI	
Nome completo: _____							
Data de Nascimento: ____/____/____ Data de Admissão: ____/____/____ Setor: _____							
PREENCHIMENTO PELO MÉDICO							
Alergia a algum antimicrobiano? () Não () Sim Qual: _____							
Diagnóstico Primário: _____						Tipo de uso: () Terapêutico () Profilático	
Antimicrobiano Solicitado		Posologia	Data de Início	Previsão de dias de tratamento		Data do término do tratamento	Número de Doses
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
Motivo da prescrição do antimicrobiano () Adição de droga () Troca do Tratamento () Descalonamento guiado por culturas () Extensão de ATB		Se enquadra no protocolo de Seps () Sim () Não		Diagnóstico Infecioso Suspeita () Pulmonar () Urinário () Sanguíneo () Infecção Cirúrgica () Pele e Partes Moles () Outros: _____			
Justificativa da extensão do ATB (Obrigatório): _____							
Coletado Culturas? () Sim () Não () Não se aplica			Quais? () HMC () URC () SEC TRAC () Outros: _____				
PREENCHIMENTO PELA CCIH							
Resultado das culturas: _____ Microrganismo Isolado: _____ Antibiograma: _____ Conduta: _____ Diagnóstico Infecioso Confirmado: _____						Carimbo/Ass. Médico	
Classificação da Infecção: () Comunitária () Hospitalar			Associada ao dispositivo: () Sim () Não				
Ciência dos Envolvidos: _____						Data: ____/____/____	