

FICHA DE SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS CONTROLADOS / CCIH
PREENCHA OS CAMPOS OBRIGATÓRIOS*

Nome* : _____ Data de Nascimento: ____/____/____ R.G* _____

Data Internação: ____/____/____ Andar*: _____ Leito*: _____ Peso: _____

AMICACINA	CIPROFLOXACINO IV	MICAFUNGINA
AMPICILINA-SULBACTAM	DAPTOMICINA	PIPERACILINA-TAZOBACTAM
ANFOTERICINA-FORMULAÇÃO LIPÍDICA	DELAFLOXACINO	POLIMIXINA B
ANIDULAFUNGINA	IMPENEM	TEICOPLANINA
CEFEPIME	LEVOFLOXACINA IV	TIGECICLINA
CEFTAZIDIMA SÓDICA	LINEZOLIDA IV	VANCOMICINA
CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM	MEROPENEM	VORICONAZOL (VO ou IV)
CEFTOLOZANE-TAZOBACTAM		

OBS: NÃO SOLICITAR NESTE IMPRESSO FÁRMACOS QUANDO INDICADOS PARA O TRATAMENTO DE TUBERCULOSE (EXEMPLOS: LEVOFLOXACINA, LINEZOLIDA, ETAMBUTOL, AMICACINA) – VIDE FORMULÁRIO ESPECÍFICO NA INTRANET (PASTA FARMÁCIA – FICHA DE SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO ALTERNATIVO PARA TUBERCULOSE).

DIAGNÓSTICO: _____ INDICAÇÃO*: _____

DOSE DIÁRIA*: _____ INTERVALO DE ADMINISTRAÇÃO*: _____ HORAS

VIA DE ADMINISTRAÇÃO*: () VO () IV () IM PREVISÃO DE USO* _____ DIAS

INDICAÇÃO*: TERAPÊUTICA () PROFILÁTICA ()

CULTURA SOLICITADA?* () SIM NÃO () SITIO(S): _____

RESULTADO: () POSITIVA () NEGATIVA () EM ANDAMENTO

GERME ISOLADO: _____

FUNÇÃO RENAL NORMAL?* () SIM () NÃO CREATININA _____ FUNÇÃO HEPÁTICA NORMAL?* () SIM () NÃO

ASSINATURA/CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL*: _____

DATA SOLICITAÇÃO*: ____/____/____

PARA USO DA FARMÁCIA

FARMACÊUTICO RESPONSÁVEL*: _____ DATA DE RECEBIMENTO: ____/____/____

PARA USO DA C.C.I.H.

AUTORIZADO: () SIM NÃO () LIBERADO DO DIA: _____ ATÉ _____

MOTIVO DA RECUSA:

- () APÓS DISCUSSÃO DA CCIH COM A EQUIPE ASSISTENCIAL
- () MODIFICADO PELA PRÓPRIA EQUIPE ASSISTENCIAL
- () MODIFICADO DE ACORDO COM O PERFIL DE SENSIBILIDADE DO AGENTE ISOLADO EM CULTURA
- () ÓBITO
- () OUTROS: _____

ASSINATURA: _____ DATA LIBERAÇÃO DA CCIH: ____/____/____