

## 7. ANEXOS

### Anexo I – Formulário de solicitação de antimicrobianos de uso restrito hospitalar Atenção Domiciliar

#### I) Informações Gerais (\* ITENS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA LIBERAÇÃO DE ANTIMICROBIANO)

\*Nome do paciente \_\_\_\_\_ Data de admissão no SAD: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Matrícula/ prontuário \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M. Peso: \_\_\_\_\_ Dosagem Creatinina: \_\_\_\_\_ ou Uréia: \_\_\_\_\_

Data da internação \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data da cirurgia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data inicial ATB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Diagnóstico Principal: \_\_\_\_\_ CID-10: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Principal: \_\_\_\_\_ CID-10: \_\_\_\_\_

#### II) Antecedentes de infecção durante atendimento hospitalar e SAD:

Local da Infecção	Classificação da Infecção	Antibióticos usados	Início	Fim

III) \*Indicação de Antimicrobiano: ( ) Profilático ( ) Terapêutico

\*Se uso profilático por mais de 48h, justificar:

#### IV) \*Topografia da infecção:

( ) TRATO URINÁRIO – ITU	( ) RESPIRATÓRIA – Pneumonia
( ) INFECÇÃO ASSOCIADA A CATETER	( ) CIRURGIA – infecção do sítio cirúrgico
( ) PELE/ FERIDAS	( ) OUTROS

V) \*Classificação da infecção: ( ) Comunitária ( ) Hospitalar

#### VI) \* Prescrição:

	Antimicrobiano	Dosagem/dia	Via	Intervalo/Posologia	Tempo/dias
1					
2					
3					

Se o tempo for maior que 10 dias, justificar:

#### VII) Exame Microbiológico:

Data da coleta	Material	Microorganismo	Sensibilidade

VIII) Considerar definições de critérios para a avaliação e fonte de informação: No caso de Infecção de pele/ feridas – Observação direta: considerar se a limpeza estiver adequada, a cobertura tiver sido trocada no tempo correto, saturação da cobertura X tempo de troca, quantidade, cor e aspecto do exsudato, hiperemia, edema e odor, temperatura corporal E SINAIS SISTÊMICOS.

IX)PTS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

X) Outras informações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

**Assinatura e carimbo do médico:**

---

**Encaminhamento das vias do formulário e prescrições:**

**Preenchimento pela Comissão de Controle de Infecção Domiciliar (CCID)**

Autorizado       Não autorizado. Motivo:

\_\_\_\_\_

Nome do autorizador: \_\_\_\_\_

RF ou nº de matrícula: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**Preenchimento pela Farmácia do Hospital de Referência**

Medicamento fornecido       Medicamento não fornecido. Motivo:

\_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo do dispensador: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

-Uma via da prescrição e uma via do formulário ficarão na farmácia do hospital de referência.

-Uma via da prescrição vistada pela farmácia do hospital de referência será devolvida à farmácia da unidade de referência para controle juntamente com o memorando de transferência e uma via do formulário.

