



Fundação Municipal de Assistência à Saúde - FUMASA  
HOSPITAL SÃO GERALDO

**CONTROLE DA PRESCRIÇÃO DE ANTIMICROBIANOS SFH / CCH**  
Controle da Prescrição de Antimicrobianos

1ª Via - Prontuário(Paciente)

Nome: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masc. ( ) Fem. Gestante: ( ) S ( ) N

Prontuário: \_\_\_\_\_

Enfermeiro(a): \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Data de Adm: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

➤ **Indicação de Antimicrobiano:** ( ) Profilático ( ) Terapêutico

Se uso profilático por tempo maior que 48 horas, justifique:

\_\_\_\_\_

➤ **Topografia da Infecção:** ( ) Trato Urinário ( ) Respiratória ( ) Cirurgia

( ) Pele e tecido subcutâneo ( ) Corrente Sanguínea ( ) Outra: \_\_\_\_\_

Exames realizados: \_\_\_\_\_

➤ **Classificação da Infecção** ( ) Comunitária ( ) Hospitalar

| Antimicrobiano | Via | Posologia | Tempo(dias) |
|----------------|-----|-----------|-------------|
| 1.             |     |           |             |
| 2.             |     |           |             |
| 3.             |     |           |             |

Se o tempo de uso do antimicrobiano for maior do que 14 dias, justifique:

\_\_\_\_\_

➤ **Itens de preenchimento obrigatório para o início da liberação do antimicrobiano**

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Identificação do Médico \_\_\_\_\_

Assinatura / Carimbo

PARECER ( ) De acordo  
( ) Contrário

Observações:

\_\_\_\_\_