



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:**

\_\_\_\_\_



Fundação Municipal de Assistência à Saúde - FUMASA  
HOSPITAL SÃO GERALDO

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

2ª Via - Farmácia

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:**

\_\_\_\_\_



Fundação Municipal de Assistência à Saúde - FUMASA  
HOSPITAL SÃO GERALDO

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

3ª Via - SCIH

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:**  
\_\_\_\_\_