

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Solicitação para Liberação de Antibióticos

1. Nome: _____
2. Idade: _____ 3. Data de Admissão: ____/____/____ 4. Setor: _____
5. Diagnóstico Principal: _____ Laboratorial: ☐ S ☐ N
6. Cultura: ☐ S ☐ N
7. Cirurgia: ☐ S ☐ N
- Tipo de cirurgia ☐ Limpa
☐ Potencialmente contaminada
☐ Contaminada
☐ Infectada
8. Fatores de risco:
- ☐ DM ☐ Internação de longa duração
☐ Acesso venoso profundo ☐ Acamado
☐ HAS ☐ Cateterismo vesical
☐ Imunodeprimido
9. Antibiótico solicitado: _____
10. Apresentação:
- ☐ VO ☐ IM Duração: _____ dias
☐ IV Outros: _____ Horário: _____ h.
11. Motivo:
- ☐ Profilático ☐ Terapêutico
12. Indicação:
- ☐ Pneumonia ☐ Ferida cirúrgica ☐ Infecção / catéter
☐ Septicemia ☐ Infecção urinária ☐ Outros: _____
13. Tipo de Infecção:
- ☐ Hospitalar ☐ Comunitária (menos de 48h de internação)
14. Solicitante: _____
- Data: ____/____/____
(Assinatura e carimbo)

15. Controle de liberação pela farmácia

	Data	Quantidade		Profissional	Total/dia
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
				Total Geral:	