

FICHA DE ANTIMICROBIANO – TRATAMENTO (2 vias)

NOME: _____ BE: _____

SETOR: _____ DIH: _____

DIAGNÓSTICO: _____

CULTURA Sim Não Data: _____ Material: _____ Microrganismo: _____

ESCOLHA UMA OPÇÃO ABAIXO CONFORME DIAGNÓSTICO (ESQUEMAS PRÉ-APROVADOS PELA CCIH)

PNEUMONIA

Esquema	Dose	Via	Tempo	Observações
<input type="checkbox"/> Ampicilina*	1g ou 50mg/kg/dose	EV	6/6h 7 dias	Se pneumonia não-complicada
<input type="checkbox"/> Ceftriaxone + Azitromicina	1g ou 25mg/kg/dose 500mg ou 10mg/kg/dose	EV VO	12/12h 24/24h	5 dias Se critério de gravidade ou uso recente de antimicrobianos

PIELONEFRITE / GASTROENTERITE (DIARREIA INFECCIOSA)

<input type="checkbox"/> Ceftriaxona	1g ou 25mg/kg/dose	EV	12/12h 7 dias	
<input type="checkbox"/> Gentamicina*	240mg ou 5-7,5mg/kg/dose	EV	24/24h 7 dias	

INFECÇÃO INTRA-ABDOMINAL

<input type="checkbox"/> Ceftriaxona + Metronidazol	1g ou 25mg/kg/dose 500mg ou 10mg/kg/dose	EV EV	12/12h 8/8h	7 dias	<u>Atenção</u> <input type="checkbox"/> Associar ampicilina 2g EV 6/6h (se sepse grave ou choque séptico)
<input type="checkbox"/> Gentamicina* + Metronidazol*	240mg ou 5-7,5mg/kg/dose 500mg ou 10mg/kg/dose	EV EV	24/24h 8/8h	7 dias	
<input type="checkbox"/> Cloranfenicol*	1g ou 15mg/kg/dose	EV	6/6h	7 dias	

INFECÇÃO DE PELE E PARTES MOLES

<input type="checkbox"/> Oxacilina	2g ou 50mg/kg/dose	EV	6/6h	7 dias	Celulite purulenta
<input type="checkbox"/> Cefalotina*	1g ou 15mg/kg/dose	EV	6/6h	7 dias	Erisipela ou Celulite
<input type="checkbox"/> Cloranfenicol*	1g ou 15mg/kg/dose	EV	6/6h	7 dias	Ofidismo/mordedura
<input type="checkbox"/> Clindamicina	600mg ou 10mg/kg/dose	EV	6/6h	7 dias	Pé diabético (sem necrose)
<input type="checkbox"/> Ceftriaxona + Clindamicina	1g ou 25mg/kg/dose 600mg ou 10mg/kg/dose	EV EV	12/12h 6/6h	10 dias	Gangrena úmida (pé diabético com necrose, úlcera crônica)

INFECÇÃO NEONATAL

<input type="checkbox"/> Ampicilina* + Gentamicina*	50mg/kg/dose 7,5mg/kg/dose	EV EV	6/6h 24/24h	7 dias	Sepse Neonatal
---	-------------------------------	----------	----------------	--------	----------------

INFECÇÕES OSTEOARTICULARES

<input type="checkbox"/> Cefalotina*	1g ou 30mg/kg/dose	EV	6/6h	10 dias	Fratura exposta grau 1 (Gustilo)
<input type="checkbox"/> Gentamicina* + Cefalotina*	240mg ou 3-7,5mg/kg/dose 1g ou 30mg/kg/dose	EV EV	24/24h 6/6h	10 dias	Fraturas expostas grau 2/3 (Gustilo)
<input type="checkbox"/> Oxacilina	2g ou 50mg/kg/dose	EV	4/4h	14 dias	Osteomielite Aguda ou Piorrite

MENINGITE BACTERIANA

<input type="checkbox"/> Ceftriaxona	2g ou 50mg/kg/dose	EV	12/12h	7 dias	<input type="checkbox"/> Associar ampicilina 2g EV 4/4h (se > 50 anos ou gestante)
<input type="checkbox"/> Cloranfenicol*	1,5g ou 25mg/kg/dose	EV	6/6h	7 dias	

*Antibióticos que necessitam ajuste na insuficiência renal

Caso necessite de outro esquema, especifique abaixo e justifique (sujeito à aprovação da CCIH)

DROGA: _____ DOSE: _____ INTERVALO: _____ VIA: _____ TEMPO: _____

DROGA: _____ DOSE: _____ INTERVALO: _____ VIA: _____ TEMPO: _____

JUSTIFICATIVA: _____

DATA E HORA: _____ MÉDICO ASSISTENTE: _____

CARIMBO E ASSINATURA

PARECER CCIH:

LIBERADO: Sim Não Sim, com ressalva

ESQUEMA LIBERADO PELA CCIH (EM CASO DE NEGATIVA OU RESSALVA):

DROGA:	DOSE/DIA:	INTERVALO:	VIA:
DROGA:	DOSE/DIA:	INTERVALO:	VIA:
DROGA:	DOSE/DIA:	INTERVALO:	VIA:

RESSALVA/OBSERVAÇÃO:

DATA / HORA **RESPONSÁVEL CCIH**

CARIMBO E ASSINATURA

ATENÇÃO:

- 1) TODO INÍCIO DE ESQUEMA ANTIMICROBIANO DEVERÁ SER IMEDIATAMENTE LIBERADO APÓS PREENCHIMENTO DESTA FICHA.
- 2) A FICHA SERÁ AVALIADA PELA EQUIPE MÉDICA DA CCIH EM ATÉ 24 HORAS OU NO PRIMEIRO DIA ÚTIL (APÓS FIM DE SEMANA E FERIADOS) E SERÁ DEVOLVIDA PARA O PRONTUÁRIO DO PACIENTE.
- 3) EM CASO DE PREENCHIMENTO INCOMPLETO DA FICHA, O ANTIMICROBIANO SERÁ LIBERADO SOMENTE POR 24 HORAS E A FICHA SERÁ DEVOLVIDA PARA EQUIPE ASSISTENTE PARA CORREÇÃO DAS PENDÊNCIAS. SE NÃO HOUVER PREENCHIMENTO ADEQUADO SERÁ SUSPESA A LIBERAÇÃO.

ANTIMICROBIANOS QUE NÃO NECESSITAM DE PREENCHIMENTO DE FICHA

ANTIMICROBIANO	APRESENTAÇÃO	DOSE	VIA	POSOLOGIA
Aciclovir	250mg	10mg/kg/dose	EV	8/8h
Albendazol	400mg	400mg/dia	VO	Dose Única
Amoxicilina	500mg	50mg/kg/dia	VO	8/8h
Amoxicilina/Clavulanato	500mg/125mg	50mg/kg/dia	VO	8/8h
Anfotericina B Desoxicolato	50mg	1mg/kg/dia	EV	24/24h
Fluconazol	200mg	6-12mg/kg/dia	EV	12/12h
Fluconazol	150mg		VO	24/24h
Ivermectina	6mg	200mcg/kg	VO	Dose Única
Mebendazol	100mg	100mg	VO	12/12h
Metronidazol	250mg	30mg/kg/dia	VO	8/8h
Penicilina G Benzatina	1.200.000 UI	50.000UI/kg	IM	1x/semana
Sulfametoxazol + Trimetoprim	400mg/80mg	40/8 a 100/20mg/kg/dia	VO	12/12h a 6/6h