

FICHA DE ANTIMICROBIANO – TRATAMENTO (preencher 2 vias)

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME:				BE:	
IDADE:	SEXO:	SETOR:	LEITO:	DIH:	

2. DADOS DA INFECÇÃO:

DIAGNÓSTICOS:

3. DADOS MICROBIOLÓGICOS:

CULTURA: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Data:	Material:	Microrganismo:
--	-------	-----------	----------------

4. ANTIMICROBIANOS: ESCOLHA UM DOS ESQUEMAS ABAIXO CONFORME DIAGNÓSTICO E MARQUE X
INFECÇÃO DE VIAS AÉREAS

	Esquema	Dose sugerida	Via	Tempo	Observações
<input type="checkbox"/>	Ampicilina*	1g ou 50mg/kg/dose	EV	6/6h 7 dias	Infecção 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

INFECÇÃO DE TRATO URINÁRIO

<input type="checkbox"/>	Ceftriaxona	1g ou 25mg/kg/dose	EV	12/12h 7 dias	
<input type="checkbox"/>	Gentamicina*	240mg ou 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	<input type="checkbox"/> Associar ampicilina 2g EV 6/6h (se sepse grave ou choque séptico)
<input type="checkbox"/>	Gentamicina* + Metronidazol*	240mg ou 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"/>	Cefazolina*	1g ou 15mg/kg/dose	EV	8/8h 7 dias	Erisipela ou Celulite
<input type="checkbox"/>	Cloranfenicol*	1g ou 15mg/kg/dose	EV	6/6h 7 dias	Ofidismo/mordedura
<input type="checkbox"/>	Sulfametoxazol /trimetoprim*	800/160mg ou 10/2mg/kg/dose	EV	12/12h 7 dias	Celulite purulenta com suspeita de MRSA
<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"/>	Cefazolina*	1g ou 15mg/kg/dose	EV	8/8h 10 dias	Fratura exposta grau 1 (Gustilo)
<input type="checkbox"/>	Gentamicina* + Cefazolina*	240mg ou 7,5mg/kg/dose 1g ou 25mg/kg/dose	EV EV	24/24h 8/8h 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

INFECÇÃO DE SNC (MENINGITES BACTERIANAS)

<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	

<input type="checkbox"/>	Solicito outro esquema – Especifique abaixo o(s) antimicrobiano(s) desejado(s) e a justificativa.
--------------------------	--

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

*DROGAS COM NECESSIDADE DE AJUSTE RENAL - Creatinina: _____ ou Clearance de Creatinina _____

JUSTIFICATIVA:

--

DATA E HORA:
MÉDICO ASSISTENTE


5. PARECER CCIH:

 LIBERADO: Sim Não Sim, com ressalva

ESQUEMA SUGERIDO 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
MÉDICO CCIH

CARIMBO E ASSINATURA

6. USO DA FARMÁCIA
ESQUEMA LIBERADO

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

CUSTO DOSE:

CUSTO DIÁRIO:

DATA / HORA
FARMACÊUTICA

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 HOVER 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

