



Prefeitura de Monte Alto

Secretaria da Saúde



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS

CEFTRIAXONA

O medicamento será fornecido para 7 (sete) dias de tratamento. Após esse período, será necessária nova prescrição e novo formulário.

Nome:	Idade:
Doença de base:	
Antibióticos já utilizados:	

<input type="checkbox"/> CEFTRIAXONA 500mg IM	<input type="checkbox"/> CEFTRIAXONA 1g EV
Dias de tratamento: _____	
Dose diária: _____	

<input type="checkbox"/> Infecção () comunitária/domiciliar () Hospitalar () Internação nos últimos 3 meses
<input type="checkbox"/> Infecção Urinária (paciente hemodinamicamente instável)
<input type="checkbox"/> Pneumonia (paciente hemodinamicamente instável)
<input type="checkbox"/> Infecção de pele e partes moles
<input type="checkbox"/> Alta Hospitalar - Última dose em ____/____/____ às _____ horas.
<input type="checkbox"/> Infecção de sítio cirúrgico
<input type="checkbox"/> Meningite

<input type="checkbox"/> Outra – Especificar: _____
Cultura: () não solicitada () negativa () positiva () em andamento
Bactéria isolada: _____
Sensível a: _____
Anexar exame

Identificação do prescritor (nome, assinatura e CRM):
Data: ____/____/____

Preenchimento da Farmácia

Local:
Início do tratamento: ____/____/____ Recebimento na farmácia: ____/____/____
Registro farmacêutico: ____/____/____ Responsável:
<input type="checkbox"/> De acordo. Liberar por ____ dias.
<input type="checkbox"/> Inadequado. Não liberar.