

Paciente: _____ Quarto: _____ Leito: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Clínica: _____ Data do Pedido: ____/____/____ Hora: _____

Data de Internação: ____/____/____ Diagnóstico: _____ PRONT. _____

Indicação

☐ Antibioticoprofilaxia

Procedimento Cirúrgico: _____

☐ Antibioticoterapia

Justificativa

Exames Microbiológicos

☐ Hemocultura

☐ Urocultura

☐ Secreção ferida cirúrgica

☐ Aspirado Traqueal

☐ Outros _____

Resultados

☐ Positivo _____

☐ Negativo

☐ Em andamento

☐ Não solicitados

Antimicrobianos Solicitados

Código	Antimicrobiano	Dose	Via	Intervalo	Duração(dias)

Assinatura e Carimbo do Médico

Espaço Reservado para Farmácia

Data recebimento da solicitação: ____/____/____

Assinatura

Espaço Reservado para CCIH

Data: ____/____/____

☐ Autorizado

☐ Não autorizado

☐ Pendente

Observação: _____

Assinatura