|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO** |
| Nome do Paciente: \_ |
| Nome da mãe do paciente: \_ |
| Data de Nascimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº de Atendimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Sexo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº do prontuário: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Médico assistente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Especialidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ANTIBIÓTICO**

( ) Ertapenem ( ) Linezolida ( ) Meropenem ( ) Vancomicina

( ) Daptomicina ( ) Polimixina ( ) Anfotericina ( ) Micafungina

( ) Piperacilina + Tazobactam ( ) Tigeciclina ( ) Teicoplanina

( ) Ceftazidima + Avibactam ( ) Anfotericina Lipossomal

**INDICAÇÃO**

( ) Profilaxia ( ) Pneumonia Comunitária ( ) Outras: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) DPOC exarcebado ( ) Intra-abdominal ( ) PAV ( ) ITU

( ) Pele e partes moles ( ) Osteomielite ( ) ISC ( ) IPCS

**POSOLOGIA**

Dose: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Intervalo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Programação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Início: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ajuste para função renal: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica

Cultura: ( ) Positiva – Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Negativa ( ) Em andamento ( ) Não Realizada

Descalonado após cultura? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parecer do infectologista? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **PARA O PREENCHIMENTO DA CCIH** |
| Seguiu orientação do Infecto? ( ) Sim ( ) Não |
| Conformidade: ( ) Conforme ( ) Não conforme |
| Observações: |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Responsável pela Auditoria**