

CONTROLE DE ANTIMICROBIANOS DE ALTO CUSTO







NOME DO MEDICAMENTO / MG:							MÍ	ÊS/ANC	D:																							
NOME DO PACIENTE:	FREQUÊNCIA	DURAÇÃO TRATAMENTO	1	2	3	4		6							14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
OBS: INFORMAR SUSPENSÃO, TÉRMINO, ÓBITO, TRA	DBS: INFORMAR SUSPENSÃO, TÉRMINO, ÓBITO, TRANSFERÊNCIA OU PID:																															
Responsável pelo preenchimento/matrícula:																																
responsaver pero preenenimento/matricula.																															F.HABI	F.044