

FORMULARIO DE SOLICITUD ANTIBIOTICO DE USO RESTRINGIDO

FECHA:

DATOS PACIENTE		(USO EXCLUSIVO SERVICIO CLÍNICO/UNIDAD)
RUT:	<input type="text"/>	
NOMBRE COMPLETO:	<input type="text"/>	
EDAD (AÑOS)	<input type="text"/>	
PESO (KG):	TALLA (CM): <input type="text"/>	
UNIDAD CLÍNICA:	<input type="text"/>	
SALA/CAMA:	<input type="text"/>	V°B° MÉDICO EQUIPO PROA

SOLICITUD DE MEDICAMENTO DE USO RESTRINGIDO

DIAGNÓSTICO(S): (SIN ABREVIATURAS)

TERAPIA EMPÍRICA <input type="checkbox"/>	TERAPIA ESPECÍFICA <input type="checkbox"/>
(Máximo tratamiento autorizado 72 hrs)	Microorganismo:.....
Justificación :.....	(Adjuntar Antibiograma)

ANTIBIOTICO:

DOSIS: DÍAS DE TRATAMIENTO:

FUNCIÓN RENAL:

NORMAL	<input type="checkbox"/>
ALTERADA	<input type="checkbox"/>

ClCr: (mL/min)

NOMBRE Y FIRMA MÉDICO SOLICITANTE

OBSERVACIONES/DATOS CLÍNICOS POR PARTE DE EQUIPO PROA:

AJUSTE POSOLÓGICO			
FECHA	NUEVA DOSIFICACIÓN	DIAS DE TRATAMIENTO	MÉDICO SOLICITANTE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO		(USO EXCLUSIVO FARMACIA)
VIGENTE HASTA:	<input type="text"/>	CANT. TOTAL A DESPACHAR: <input type="text"/>
FECHA:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CANT. DESP.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FECHA:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CANT. DESP.	<input type="text"/>	<input type="text"/>