

## Procedimento Operacional Padrão



GOVERNO DO ESTADO  
**PERNAMBUCO**  
PODE MUDAR O PAÍS ENTÃO.



**ORGANIZAÇÃO**  
SOCIAL DE SAÚDE

# HOSPITAL DA SÃO SEBASTIÃO PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**SETOR:** Farmácia

**Edição:** 004

**TÍTULO:** DISPENSAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS

**Área de Aplicação:**

**ELABORADO:** Mayu Andrade Aguiar

**Setores da CAF;  
Farmácia Central;  
Fracionamento.**

**REVISADO:** Mayara Pimentel

**APROVADO:** 20/10/2019

**Data da Elaboração:**  
10/10/2019  
**Revisado:**  
02/2022

**Validade:** 1 ano

## **1. OBJETIVO**

Racionalizar o uso dessa classe de medicamentos, propiciando um ambiente de maior segurança para os pacientes com foco no melhor resultado terapêutico e profilático, além de combater de resistência microbiana.

## **2. DEFINIÇÕES**

2.1 Medicamentos antimicrobiano – são substâncias naturais ou sintéticas que agem sobre microrganismos inibindo o seu crescimento ou causando a sua destruição.

2.2 Ficha de Antimicrobianos – é uma ficha feita pelo prescritor médico com todas as informações dos pacientes necessárias para liberação da equipe de infectologistas e farmacêuticas do HSS.

## **3. CONDIÇÕES / MATERIAIS NECESSÁRIOS**

3.1. Sistema MV;

3.2. Papel;

3.3. Caneta;

3.4. Computador;

3.5. Impressora;

## **4. RESPONSABILIDADE**

4.1. Profissionais da Farmácia (farmacêuticos e auxiliares);

4.2. Corpo Médico;

4.3. Equipe de Enfermagem (enfermeiros e técnicos em enfermagem).

## **5. SIGLAS**

5.1. HSS – Hospital São Sebastião;

5.2. ATB – Antimicrobiano

5.3. PCM - Protocolos de Clínica Médica

## **6. PROCEDIMENTO**

### **QUANTO A CLASSIFICAÇÃO POR COR**

6.1. **Cor roxo**: para identificar todos os medicamentos antimicrobianos (são os fármacos capazes de inibir o crescimento ou destruir os microrganismos, com o objetivo de tratar infecções);

### **QUANTO A PRESCRIÇÃO**

6.2. A prescrição será feita por um médico prescritor (plantonista ou diarista) responsável que deverá informar a terapia medicamentosa que necessita para tratamento do paciente;

6.3. O farmacêutico analisa a prescrição em conjunto com a ficha de antimicrobiano, verifica se a unidade possui estoque para o tratamento completo solicitado, e então solicita liberação aos infectologistas através de foto da ficha de antimicrobianos via WhatsApp no grupo dos infectologistas.

### **QUANTO A FICHA DE ANTIMICROBIANO**

6.4. Ao selecionar o antimicrobiano escolhido para o paciente, o prescritor terá que preencher uma ficha via sistema do PEP (modelo em anexo 2) por completo com todas as informações necessárias do paciente para posterior liberação do tratamento;

6.5. Todos os campos contidos devem ser preenchidos (Nome do paciente, registro, idade, setor, leito, diagnóstico, se é primeira requisição, prorrogação ou troca de antimicrobiano, antimicrobianos já usados, indicação, tipo de infecção, local de infecção, o antimicrobiano, a via de administração, dose por dia, intervalo entre doses, por quanto tempo usará esta medicação e a justificativa), para solicitação dos médicos Infectologista e controle de liberação pela farmácia.

6.6. A ficha deve ser assinada digitalmente via sistema e o farmacêutico que avaliar a abertura de tratamento a imprime para registro interno da farmácia e alimenta a planilha de controle de antimicrobianos neste mesmo intuito.

6.7. O antibiótico deverá ter a dose inicial dispensada para otimizar a assistência ao paciente, tendo as próximas doses dispensadas apenas com a liberação dos infectologistas.

## QUANTO A LIBERAÇÃO DOS INFECTOLOGISTAS

6.8. Os infectologistas estabeleceram Protocolos de Clínica Médica, para tratamento de patologias;

6.9. Em caso de escolha de antimicrobiano diferente do indicado no PCM, a farmacêutica de plantão deverá entrar em contato com a equipe de Infectologia e CCIH, para liberação do uso desta medicação escolhida.

**Obs.: Farmacêuticas se atentarem ao guia de diluição e reconstituição, montado pela farmácia;**  
**OBS.: REALIZAR INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS, conforme o protocolo, quando pertinente;**

## 7. RISCOS E LIMITAÇÕES

7.1. Risco de estímulo a resistência microbiana e surgimento de bactérias multiresistentes quanto a falha do fluxo.

## 8. REFERENCIAL TEÓRICO

8.1. Resolução - RDC SVS/MS nº 20, de 5 de maio de 2011;

8.2. Resolução nº 1552, Conselho Federal de Medicina, Brasília - DF, 20 de agosto de 1999;

8.3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos.

Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2009;

8.4. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 44, de 2009 – **Boas Práticas Farmacêuticas.** Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 ago. 2009.

## 9. ANEXOS

### 9.1. Medicamentos Antimicrobiano padronizado

Descrição	Unidade
Aciclovir 200mg	Comprimido
Aciclovir 150mg	Comprimido
Albendazol 400mg	Comprimido
Amicacina 250mg/ml 2ml	Ampola
Ampicilina 2g + sulbactam 1g	Frasco-ampola
Amoxicilina 875mg + Clavulanato 125mg	Comprimido

Anfotericina B 50mg	Frasco-ampola
Azitromicina 500mg	Comprimido
Benzoilmetronidazol 40mg/ml 120ml	Frasco
Cefalexina 500mg	Comprimido
Cefalotina 1 g	Frasco-ampola
Cefazolina 1 g	Frasco-ampola
Ceftazidima 1g	Frasco-ampola
Cefepima 1g	Frasco-ampola
Ceftriaxona 1g	Frasco-ampola
Ciprofloxacino 2mg/ml 200ml	Bolsa
Ciprofloxacino 500mg	Comprimido
Clindamicina 150mg/ml 4ml	Ampola
Fluconazol 150mg	Comprimido
Fluconazol 2mg/ml 100ml	Bolsa
Gentamicina 40mg/ml 2ml	Ampola
Linezolida 2mg/ml 300ml	Bolsa
Meropenem 1g	Frasco-ampola
Metronidazol 100mg/g cr vaginal 50g	Bisnaga
Metronidazol 5mg/ml 100ml	Bolsa
Nistatina 100.000 UI 50ml	Frasco
Nistatina cr vaginal 60g	Bisnaga
Oxacilina 500mg	Frasco-ampola
Penicilina Benzatina 1.200.000 UI	Frasco-ampola
Piperacilina + Tazobactam 4g + 500mg	Frasco-ampola
Polimixina B 500.000 UI	Frasco-ampola
Sulfametoxazol+Trimetoprima 200+800mg	Comprimido
Sulfadiazina de prata 10mg/g 30g	Bisnaga

## 9.2. Ficha de Antimicrobiano

# CONTROLE DISPENSAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS

Paciente: AURELINA MARIA ALVES DA SILVA		Nome da mãe: MARIA DA CONCEICAO SANTOS DA SILVA		Atendimento: 3631	
Registro: 0000004945		Data do atendimento: 19/02/22 22:12:20		Data de Nascimento: 17/08/1959	
Idade: 62		Sexo: Feminino		Peso: 70 Kg	
Setor: ENFERMARIA DE 3 LEITOS			Leito: ENF. C6 LEITO 02		
Diagnóstico de base					
<input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Nefropatia <input type="checkbox"/> Hepatopatia <input type="checkbox"/> Etilismo <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Desconhecidas Cid Internação: E878 OUTROS TRANSTORNOS DO EQUILÍBRIO HIDROELETROLÍTICO NÃO CLASSIFICADOS EM OUTRA PARTE					
Primeira requisição <input checked="" type="checkbox"/>		Prorrogação <input type="checkbox"/>		Troca de antimicrobiano <input type="checkbox"/>	
Antimicrobianos já usados: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Quais?		Tempo: Dias	
Indicação: ITR		Uso terapêutico <input checked="" type="checkbox"/>		Uso profilático <input type="checkbox"/>	
Infecção: ITR		COMUNITÁRIA <input checked="" type="checkbox"/>		HOSPITALAR <input type="checkbox"/>	
Local da Infecção					
<input type="checkbox"/> Bacteriana sem foco aparente		<input checked="" type="checkbox"/> Respiratória		<input type="checkbox"/> Gastrointestinal	
<input type="checkbox"/> Associada a cateter vascular		<input type="checkbox"/> Urinária		<input type="checkbox"/> Outros (s) :	
<input type="checkbox"/> Sítio cirúrgico		<input type="checkbox"/> Pele / partes moles			
<input type="checkbox"/> Ginecológica		<input type="checkbox"/> Sistema nervoso central			
<input type="checkbox"/> Peritonite		<input type="checkbox"/> Cardiovascular			
Antimicrobiano Solicitado					
Antimicrobiano	Via	Dose/dia	Intervalo	Duração	
CefTRIAXona 1G	IV	2G	24/24H	7 DIAS	
AZITromicina 500 MG	IV	500 MG	24/24H	5 DIAS	
Justificativa					
<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Vertigem <input type="checkbox"/> Hiperímia <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Lesões de Pele/ Partes moles <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Tremores <input type="checkbox"/> Etilismo <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Tabagismo DESCONFORTO RESPIRATÓRIO, DESSATURAÇÃO, AR COM CREPTOS DIFUSOS					

Assinatura e carimbo médico:

Data: 20/02/2022 18:31