## GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE NPIH/GRMA/DIPAS/DIASF

## PRESCRIÇÃO DE ANTIMICROBIANO

Nome do Paciente				Registro				
Idade		Clínica			Leito			
Peso ·		Creatinina Sérica						
A - INDICAÇÃO  ( ) Profilática	( ) Terap	pêutica Empírica	(	) Terap	eutica con	ı Infecção Docu	ımentada	
B - TOPOGRAFIA  ( ) Saúde ( ) Respiratório ( ) Abdominal ( ) Vascular  DIAGNÓSTICO/JUSTI	FICATIVA		) Pele ) Urina ) Osso/	Articulaç	ão	( )0	utros	
C - ORIGEM DA INFE  ( ) Comunitária  D - COLETA / MATER	( ) Hosp		OPIA)		•			
( ) Não		Patógeno:						
E - USO PRÉVIO DE A  ( ) Não Quais?	( ) Sim		OS 90 DI	AS)				
F - CONDIÇÕES ESPE  ( ) Alergia ( ) Insuficiência Hepát		(		amento/g iciência F				
		G - PRESCRI	ÇÃO					
	Antibiótic	00		Via	Dose	Intervalo	Duração	
						7		
Assinatura e Carimbo do Médico					Data			