



INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA

Av. João Machado, Nº 1234, Centro, João Pessoa - Paraíba, CEP: 58013 522

TEL: (83) 2107-9500, www.hsvp.iwgp.com.br, iwgp90@hotmail.com

CNPJ: 09124165000140

Validade: 1
ano após
atualização

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH

FLUXOGRAMA PARA CONTROLE DE ANTIMICROBIANOS (ATM) DO HSVP/IWGP

Médico indica o uso do ATM controlado*

Médico preenche a ficha de controle/solicitação de antimicrobiano no sistema MV, em duas vias, preenchendo todos os campos solicitados.

1ª via da ficha de antimicrobiano
vai para a farmácia;

2ª via da ficha de antimicrobiano
vai para o prontuário do paciente.

Farmácia: recebe a ficha de
antimicrobiano e confere se está
preenchida adequadamente em
todos os campos + assinatura e
carimbo do médico solicitante.

Ficha preenche todos os
requisitos: Prescrição do ATB
liberada

Ficha Não preenche todos os
requisitos: devolve para o setor
refazer.

Médica infectologista passa
avaliando os esquemas prescritos
3x/semana.

Caso haja alteração do esquema
prescrito: Médica Infectologista
entra em contato com Médico
Prescritor para discutirem o caso e
corrigirem a prescrição.

Caso não haja alteração do esquema
prescrito: Médica Infectologista
não entra em contato com médico
prescritor e mantém esquema
proposto inicialmente.

LISTA DE ANTIMICROBIANOS QUE PRECISAM DE AUTORIZAÇÃO DA CCIH

Ceftazidima 1g

Piperacilina / Tazobactam 4,5 g



INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA

Av. João Machado, Nº 1234, Centro, João Pessoa - Paraíba, CEP: 58013 522

TEL: (83) 2107-9500, www.hsyp.iwgp.com.br, iwgp90@hotmail.com

CNPJ: 09124165000140

Imipenem + Cilastatina sódica 500+500	Cefepima 1g
Ciprofloxacino 400mg EV	Meropenem 1g
Teicoplanina 400 mg	Vancomicina 500 mg
Polimixina B	Leofloxacino 500 mg EV
Oxacilina	

**LISTA DE ANTIMICROBIANOS QUE NÃO PRECISAM DE AUTORIZAÇÃO DA CCIH
POR SEREM ESQUEMAS DE PROTOCOLO VASCULAR**

Ceftriaxona 500 mg EV	Clindamicina 600 mg
-----------------------	---------------------

**Os ATM's serão liberados pela farmácia automaticamente após entrega da ficha de prescrição de ATM.
Se houver necessidade de prorrogação do tratamento, reiniciar todo o processo.**

Controle histórico

Versão	Data da aprovação	Elaborador (es)	Verificador (es)	Aprovador (es)
01	10/04/2019	Ingrid Anny Sobreira	Giuliana Carla Marçal Lourenço	Claudio Emanuel Filho

Modificação realizada

- 1) Atualização do número do celular da CCIH
- 2) Inclusão do quadro de antimicrobianos que precisam de autorização da CCIH
- 3) Inclusão do quadro de antimicrobianos que são previamente autorizados na vascular

02	26/08/2021	Hélida Karla Rodrigues	Giuliana Carla Marçal Lourenço	Claudio Emanuel Filho
----	------------	------------------------	--------------------------------	-----------------------

Modificação realizada

- 1) Mudança no fluxo de dispensação de antimicrobianos controlados.

03	25/08/2022	Hélida Karla Rodrigues	Giuliana Carla Marçal Lourenço	Claudio Emanuel Filho Tatiana Andrade Batista Pimentel
----	------------	------------------------	--------------------------------	---