



PACIENTE:

ENDEREÇO:

IDADE:

DATA DE ADMISSÃO:

UNIDADE:

### FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR E SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANO

#### INFECÇÃO

- ( ) HOSPITALAR ( ) COMUNITÁRIA ( ) CRUZADA  
( ) COLONIZAÇÃO ( ) PEDICULOSE ( ) ESCABIOSE

#### TOPOGRAFIA DA INFECÇÃO

- ( ) FERIDA OPERATÓRIA ( ) TRATO URINÁRIO  
( ) RESPIRATÓRIA ( ) PELE E TECIDO SUBCUTÂNEO  
( ) VIAS AÉREAS SUPERIORES ( ) GASTROINTESTINAL  
( ) OUTRAS: \_\_\_\_\_

#### SINAIS E SINTOMAS ASSOCIADOS:

#### FORAM REALIZADOS EXAMES?

- CULTURA ( ) NÃO ( ) SIM DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ RESULTADO:  
RAIO X ( ) NÃO ( ) SIM DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ RESULTADO:  
HEMOGRAMA ( ) NÃO ( ) SIM DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ RESULTADO:

#### ANTIMICROBIANO PRESCRITO:

- ( ) ALBENDAZOL ( ) METRONIDAZOL  
( ) AMOXICILINA + CLAVULANATO ( ) MICONAZOL  
( ) AZITROMICINA ( ) NEBACETIN POM.  
( ) BENZILPENICILINA BENZATINA ( ) NISTATINA  
( ) CEFALEXINA ( ) NORFLOXACINO  
( ) CETOCONAZOL ( ) PERMETRINA  
( ) CIPROFLOXACINO ( ) SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA  
( ) FLUCONAZOL ( ) TOBRAMICINA COLIRIO  
( ) IVERMECTINA  
( ) LEVOFLOXACINO

- Dose de \_\_\_\_\_ mg de \_\_\_\_\_ em \_\_\_\_\_ horas por \_\_\_\_\_ dias
- Via: ( ) Oral ( ) E.V ( ) I.M ( ) Uso tópico ( ) Gotas oftálmicas/nº de gotas \_\_\_\_\_

TRATAMENTO ANTIMICROBIANO: ( ) PROFILÁTICO ( ) TERAPÊUTICO

DATA:

\_\_\_\_\_  
MÉDICO RESPONSÁVEL