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

- 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