

## Ficha de Notificação

### *Ficha de notificação do uso de antimicrobianos.*

*Autores: Marcelo de Paula Lima, Andréia Patrícia Gomes.*

**Contexto:** Este protocolo foi criado a partir da dissertação do Mestrado Profissional em Ciências da Saúde de MARCELO DE PAULA LIMA, intitulada “*PRESCRIÇÃO DE ANTIMICROBIANO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM ESTUDO NA ZONA DA MATA DE MINAS GERAIS*”, no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Viçosa. Tem como objetivo a notificação do uso de medicamentos antimicrobianos pelos profissionais de saúde.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PONTE NOVA - MG COORDENAÇÃO ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE			
FICHA DE NOTIFICAÇÃO DO USO DE ANTIMICROBIANOS			
<b>IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE DE ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)</b>			
<input type="checkbox"/> Juquinha Lanna I	<input type="checkbox"/> Ambulatório Sette de Barros II	<input type="checkbox"/> Abdalla Felício	<input type="checkbox"/> Centro
<input type="checkbox"/> Juquinha Lanna II	<input type="checkbox"/> Rasa	<input type="checkbox"/> José Pinto da Paixão I	<input type="checkbox"/> Ana Florência / Pontal
<input type="checkbox"/> Novo Horizonte	<input type="checkbox"/> José Evangelista Pinheiro	<input type="checkbox"/> José Pinto da Paixão II	<input type="checkbox"/> Vau-açu
<input type="checkbox"/> Ambulatório Sette de Barros I			
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>			
Paciente: _____			
Idade: _____		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
Data da Consulta: ____/____/____			
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PRESCRITOR</b>			
<input type="checkbox"/> Médico – Nome: _____		CRM: _____	
<input type="checkbox"/> Dentista – Nome: _____		CRO: _____	
<b>ANTIMICROBIANO(S) PRESCRITO(S)</b>			
_____	_____	_____	_____ dias
nome genérico	Posologia (dose/intervalo)	via de administração	duração do tratamento
_____	_____	_____	_____ dias
nome genérico	Posologia (dose/intervalo)	via de administração	duração do tratamento
_____	_____	_____	_____ dias
nome genérico	Posologia (dose/intervalo)	via de administração	duração do tratamento
<b>INDICAÇÃO</b>			
<input type="checkbox"/> Tratamento empírico de _____		nome da infecção	
<input type="checkbox"/> Profilático _____		nome do procedimento	
<input type="checkbox"/> Tratamento específico de _____			

nome do microrganismo e material de cultura onde foi isolado

**EXAMES COMPLEMENTARES REQUISITADOS OU REALIZADOS**

Urinocultura     Hemocultura     Cultura de Secreção de ferida     Técnica de Gram     \_\_\_\_\_  
outro / especificar

**JUSTIFICATIVA**

Padronizado na Relação Municipal de Medicamentos (REMUME).  
 Ausência de resposta clínica aos antimicrobianos anteriores \_\_\_\_\_  
descrever os antimicrobianos usados  
 Outros \_\_\_\_\_

Data da prescrição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do prescritor:

**ESPAÇO RESERVADO PARA A FARMÁCIA**

Data do recebimento da prescrição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
nome do funcionário

Medicamentos dispensados / quantidade: \_\_\_\_\_

**Observações:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_