



## SOLICITUD ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO

(Remitir este Formulario a Farmacia Asistencial junto con la receta médica)

Nombre Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha solicitud: \_\_\_\_\_

Serv. Clínico: \_\_\_\_\_ RUT o Ficha: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Creatinina sérica: \_\_\_\_\_ Terapia de reemplazo renal: si \_\_\_ no \_\_\_

Solicitud corresponde a:

<b>Terapia empírica</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Terapia dirigida</b>	<input type="checkbox"/>
-------------------------	--------------------------	-------------------------	--------------------------

### **TTO EMPIRICO:**

Sospecha diagnostica: \_\_\_\_\_

Fecha de toma de cultivo: \_\_\_\_\_

Tipo de muestra:

Hemocultivo	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------

Urocultivo	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------

Expectoración	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------

Otros(especificar): \_\_\_\_\_

**\*nota: la terapia empírica se autorizará sólo por 72 horas, luego del resultado del cultivo debe volver a solicitar el Antimicrobiano correspondiente con un nuevo formulario.**

### **TTO ESPECÍFICO:**

Diagnostico infeccioso: \_\_\_\_\_

Germen identificado: \_\_\_\_\_

**\*\*nota: adjuntar resultado de cultivo microbiológico**

**Inicio tto:** SI \_\_\_ NO \_\_\_ **Continuación tto:** SI \_\_\_ NO \_\_\_

### **MEDICAMENTOS SOLICITADOS:**

Medicamento	Tto empírico	Tto dirigido	Dosis y vía de administración	Duración de tratamiento (días)

Fundamentación clínica y Otros antecedentes relevantes:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre y firma médico tratante



**USO EXCLUSIVO DE PROA:**

**Autorizado:** SI\_\_\_ NO\_\_\_

**Rechazado** (fundamentos y nuevo tratamiento): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma médico PROA

**MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN ESTE FORMULARIO DE USO RESTRINGIDO**

Imipenem
Meropenem
Ertapenem
Colistin
Linezolid
Fluconazol IV
Voriconazol
Amfotericina B
Anidulafungina
Aciclovir IV
Vancomicina
Ceftazidima
Cefoperazona / Sulbactam
Piperazilina / Tazobactam