



UNIDAD DE INFECTOLOGÍA
HOSPITAL DE LINARES



SOLICITUD ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRINGIDO

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

Nombre Paciente: _____ Fecha solicitud: _____

Serv. Clínico: _____ RUT: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____

Creatinina sérica: _____ Terapia de reemplazo renal: si/no _____ Albúmina (ertapenem): _____

Solicitud corresponde a:

Terapia empírica		Terapia dirigida	
------------------	--	------------------	--

TRATAMIENTO EMPÍRICO:

Sospecha diagnóstica: _____

Fecha de toma de cultivo: _____

Tipo de muestra:

Hemocultivo	
-------------	--

Urocultivo	
------------	--

Expectoración	
---------------	--

Otros (especificar): _____

***Nota: la terapia empírica se autorizará sólo por 48 horas hábiles, luego del resultado del cultivo, debe volver a solicitar el**

Antimicrobiano correspondiente con un nuevo formulario.

TRATAMIENTO DIRIGIDO:

Diagnóstico infeccioso: _____

Microorganismo identificado: _____

****Nota: adjuntar resultado de cultivo microbiológico**

Inicio tto: SI ____ NO ____ **Continuación tto:** SI ____ NO ____

MEDICAMENTOS SOLICITADOS:

Medicamento	Empírico	Dirigido	Dosis y vía de administración	Duración de tratamiento (días)

Fundamentación clínica y otros antecedentes relevantes:

Nombre y firma médico tratante

USO EXCLUSIVO DE EQUIPO PROA:

Autorizado: SI_____ NO_____

Días de tratamiento: _____ (en caso de ser distinto a los días solicitados por el médico tratante)

Rechazado (fundamentos y nuevo tratamiento):_____

Nombre y firma médico PROA

MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN FORMULARIO DE USO RESTRINGIDO

ANTIBIÓTICOS
Aztreonam*
Ciprofloxacino IV
Levofloxacino IV
Moxifloxacino
Ceftazidima
Cefepime
Cefoperazona / Sulbactam
Ceftazidima / Avibactam*
Ertapenem
Imipenem
Meropenem
Colistin
Trimetoprim / Sulfametoxazol (Cotrimoxazol) IV
Tigeciclina
Vancomicina
Linezolid
Daptomicina*
ANTIFÚNGICOS
Fluconazol IV
Voriconazol
Anidulafungina
Anfotericina B Liposomal
ANTIVIRALES
Aciclovir IV

Nota: Medicamentos en **negrita*** deben ser autorizados por equipo PROA, previo a solicitud