



CENTRO DE EXCELENCIA MÉDICA EN ALTURA

ALMACÉN CEMA

CONTROL DE USO DE ANTIBIÓTICOS



Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Expediente: _____ Sexo: (M) (F)

Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____ Habitación: _____

Fecha de ingreso: ____/____/____ Fecha de egreso: ____/____/____ Motivo de egreso: _____

Médico tratante: _____ Alergias: _____

Paciente Inmunocomprometido Si () No ()

Diagnóstico al ingreso (CIE-10): _____

Servicio: _____

Fecha de evaluación: ____/____/____

Diagnósticos agregados (CIE-10):

EL PACIENTE INGRESO POR ALGUNA INFECCIÓN	SI ()	NO ()
EL PACIENTE ADQUIRIÓ UNA INFECCIÓN NOSOCOMIAL	SI ()	NO ()
EL PACIENTE REINGRESÓ POR ALGUNA INFECCIÓN	SI ()	NO ()

ANTIBIOTICOTERAPIA:

No.	Fecha de inicio	Fecha de término	Antibiótico	Dosis máxima	Dosis real	Vía de administración	Intervalo de administración
1							
2							
3							

CLASIFICACIÓN:

	<i>Restringido</i>	<i>Profiláctico</i>	<i>Terapéutico</i>	<i>Adecuado</i>	<i>Justificado</i>
1	SI () NO ()	SI () NO ()	SI () NO ()	SI () NO ()	SI () NO ()
2	SI () NO ()	SI () NO ()	SI () NO ()	SI () NO ()	SI () NO ()
3	SI () NO ()	SI () NO ()	SI () NO ()	SI () NO ()	SI () NO ()

OBSERVACIONES: _____

EVALUÓ: _____