



Tipo de Documento	PROCEDIMENTO/ROTINA	POP 003 – SCIH – FCECON Página: 1/6	
Título do Documento	FLUXO DE PRESCRIÇÃO DE ANTIMICRIBIANO DE USO RESTRITO	Emissão: 2024	Versão: 00
		Próxima revisão: 2027	Sigla: FPAUR

Elaboração: Enfª Marielle Colares Magalhães Martins Coordenadora da CCIH	
Revisão: Drª Silvia Souza Médica Infectologista da CCIH	
Aprovação: Drª Hilka Flávia Barra do Espirito Santo Alves Pereira Diretora Técnica da Fcecon	

Tipo de Documento	PROCEDIMENTO/ROTINA	POP 003 – SCIH – FCECON Página: 2/6	
Título do Documento	FLUXO DE PRESCRIÇÃO DE ANTIMICRIBIANO DE USO RESTRITO	Emissão: 2024	Versão: 00
		Próxima revisão: 2027	Sigla: FPAUR

1. INTRODUÇÃO:

A resistência microbiana aos antimicrobianos atualmente é uma das maiores preocupações globais em saúde pública, uma vez que antimicrobianos muito usados estão se tornando ineficazes, gerando uma série de consequências diretas e indiretas como, por exemplo, o prolongamento da doença, o aumento da taxa de mortalidade, a permanência prolongada no ambiente hospitalar e a ineficácia dos tratamentos preventivos que comprometem toda a população. Assim, o controle e a prevenção da disseminação da resistência microbiana aos antimicrobianos pelos serviços de saúde é imperativo nos dias atuais.

Nesse aspecto, uma das abordagens para combater esse problema é o desenvolvimento de programas de gerenciamento de uso de antimicrobianos.

2. OBJETIVOS:

- 2.1. Promover qualidade assistencial no que concerne a antibiótico terapia e a antibiótico profilaxia, melhorando a atenção dispensada aos pacientes.
- 2.2. Promover o uso racional de antimicrobianos, de forma a reduzir a pressão seletiva de antimicrobianos específicos, reduzindo desta forma a seleção de microorganismos resistentes.
- 2.3. Minimizar custos hospitalares direta ou indiretamente ligados ao uso de antimicrobianos.

3. RESPONSÁVEIS:

- 3.1. Médico prescritor;
- 3.2. Médico Infectologista da CCIH;
- 3.3. Farmacêutico;

4. FLUXO DA PRESCRIÇÃO DE ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRITO:

- 4.1. O médico assistente preenche a solicitação de uso de antimicrobiano (anexo 1), informando os dados pessoais e clínicos dos pacientes. A ficha de solicitação de antimicrobiano deve conter o mínimo de informações: identificação do paciente, justificativa para o uso do antimicrobiano, a posologia, o tempo de tratamento e se o uso é terapêutico ou profilático.
- 4.2. A ficha é entregue a Farmácia Central, que confere se a mesma está devidamente preenchida e libera as primeiras doses do antimicrobiano. **Em caso de preenchimento incompleto a ficha é devolvida ao médico para adequação. Enquanto a ficha não for preenchida com as informações.**

Tipo de Documento	PROCEDIMENTO/ROTINA	POP 003 – CCIH – FCECON Página: 3/6	
Título do Documento	FLUXO DE PRESCRIÇÃO DE ANTIMICRIBIANO DE USO RESTRITO	Emissão: 2024	Versão: 00
		Próxima revisão: 2027	Sigla: FPAUR

mínimas, para que serviço de farmácia e CCIH avaliem a indicação do antimicrobiano, o mesmo não será liberado. Caso o médico prescriptor não se encontre na instituição, como por exemplo, feriados e finais de semana, a ficha pode ser completada por residente ou médico plantonista.

- 4.3. Após essa fase a ficha é encaminhada para avaliação pela Farmácia Clínica que irá avaliar, dentre outros aspectos, a diluição, posologia e interações dos antimicrobianos.
- 4.4. Posteriormente a CCIH recolhe as fichas e avalia a indicação de cada antimicrobiano. Se não houver problemas a medicação é liberada conforme tempo previsto de tratamento.
- 4.5. Caso haja divergência entre o antibiótico solicitado e a indicação, o infectologista, juntamente com o serviço de farmácia clínica, comunica ao médico assistente do paciente, para discussão do caso e adequação do antimicrobiano.
- 4.6. Cabe ao médico prescriptor a atualização diária dos dias de uso do antimicrobiano na prescrição médica, para que tempo de uso do mesmo seja coerente com tempo solicitado na ficha.
- 4.7. Se houver necessidade de prolongar o uso, o médico assistente deve preencher nova solicitação que segue o mesmo fluxo.

OBSERVAÇÃO: Antimicrobianos não padronizados pela instituição, devem primeiramente, ser avaliados pela comissão de farmácia terapêutica. Após padronizados, automaticamente serão incluídos na lista de antimicrobianos de uso restrito.

OBSERVAÇÃO 2: O antimicrobiano CEFAZOLINA está destinado apenas para uso profilático em cirurgia (ver protocolo de antibioticoprofilaxia cirúrgica da CCIH-).

5. ANTIMICROBIANOS DE USO RESTRITO (necessitam aprovação da CCIH em até 72h da prescrição)

- 5.1. Aciclovir EV
- 5.2. Ampicilina-sulbactam
- 5.3. Piperacilina-Tazobactam
- 5.4. Oxacilina
- 5.5. Cefalosporinas de 3ª geração (Ceftriaxone, Cefotaxima e Ceftazidima)

Tipo de Documento	PROCEDIMENTO/ROTINA	POP 003 – SCIH – FCECON Página: 4/6	
Título do Documento	FLUXO DE PRESCRIÇÃO DE ANTIMICRIBIANO DE USO RESTRITO	Emissão: 2024	Versão: 00
		Próxima revisão: 2027	Sigla: FPAUR

- 5.6. Cefalosporina de 4ª geração (Cefepime)
- 5.7. Carbapenêmicas (Imipenem e Meropenem)
- 5.8. Quinolonas (Ciprofloxacina EV e Levofloxacina EV)
- 5.9. Gentamicina e Amicacina
- 5.10. Glicopeptídeos (Vancomicina e Teicoplanina)
- 5.11. Clindamicina EV
- 5.12. Metronidazol EV
- 5.13. Polimixina B
- 5.14. Tigeciclina
- 5.15. Linezolida
- 5.16. Fluconazol EV
- 5.17. Anfotericina B desoxicolato
- 5.18. Anfotericina lipossomal
- 5.19. Micafungina
- 5.20. Mupirocina pomada*

* **Indicada somente para descolonização para MARSA, quando indicado pela CCIH.**

6. ATRIBUIÇÕES DE CADA SETOR PARA O FUNCIONAMENTO DO PROTOCOLO:

6.1. Médico Prescritor:

- Preencher o formulário de dispensação de antimicrobianos de uso restrito, de forma integral e encaminhá-lo à farmácia, juntamente com a prescrição.

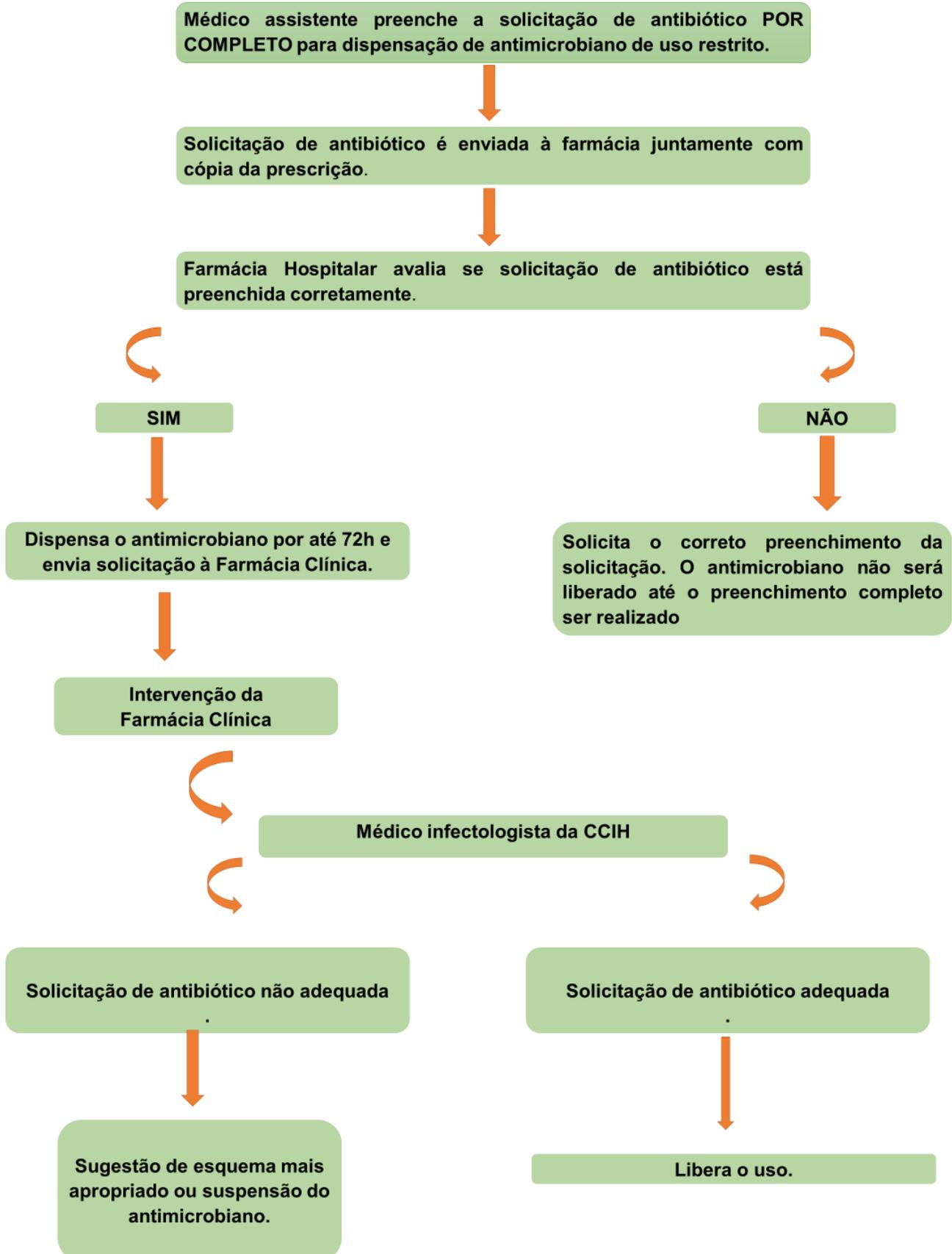
6.2. Farmácia Hospitalar:

- Verificar se todos os dados do formulário estão devidamente preenchidos.
- Se formulário incompleto, encaminhar de volta ao médico assistente/setor de origem para correção.
- Se formulário completo, liberar imediatamente o antimicrobiano solicitado por até 72 horas e encaminhar formulário à Farmácia Clínica.
- O medicamento só será liberado após esse período mediante avaliação da Farmácia Clínica e médico infectologista da CCIH.
- Avaliar, dentre outros aspectos, a diluição, posologia e interações dos antimicrobianos.
- Acompanhar juntamente com CCIH os pareceres negativos, com sugestão de adequação ao tratamento antimicrobiano.

6.3. Infectologista da CCIH:

- Avaliar o formulário no prazo de no máximo 72 horas, a partir da solicitação do medicamento.
- Caso não haja nenhuma restrição, será autorizada a liberação e comunicado a farmácia (parte inferior do formulário).
- Se necessário, contactar o médico prescritor para discussão e possibilidade de alteração da prescrição.

❑ Fluxograma:





GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

FICHA DE SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS DA FCECON

PACIENTE: _____ DIH: _____ DIUTI _____

REGISTRO: _____ LEITO: _____ SETOR: _____

ETIOLOGIA

- COMUNITÁRIA** manifestada ou em incubação no ato da admissão do paciente
- HOSPITALAR** manifesta-se com tempo de internação > ou = a 48h (relacionada com internação e/ou procedimentos hospitalares)

LOCAL PROVÁVEL DA INFECÇÃO

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Respiratório | <input type="checkbox"/> Neurológico | <input type="checkbox"/> Urinário | <input type="checkbox"/> Pele e partes moles |
| <input type="checkbox"/> Cardíaco | <input type="checkbox"/> Ósseo | <input type="checkbox"/> Sítio Cirúrgico | <input type="checkbox"/> Corrente Sanguinea |
| <input type="checkbox"/> Outros (Especificar): _____ | ABDOMINE | | |

- Profilaxia Cirúrgica (para 24 horas conforme protocolo) ** Em caso de profilaxia estendida justificar
- Tipo de Cirurgia: _____
- ** Justificativa: _____

ANTIMICROBIANO(S) SOLICITADO(S) + ADICIONAR A DOSE

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Amicacina | <input type="checkbox"/> Gentamicina |
| <input type="checkbox"/> Amoxicilina | <input type="checkbox"/> Imipenem/Cilastatina |
| <input type="checkbox"/> Ampicilina | <input type="checkbox"/> Linezolida |
| <input type="checkbox"/> Ampicilina + Sulbactam | <input type="checkbox"/> Meropenem |
| <input type="checkbox"/> Aztreonam | <input type="checkbox"/> Metronidazol |
| <input type="checkbox"/> Cefalexina | <input type="checkbox"/> Oxacilina |
| <input type="checkbox"/> Cefalotina | <input type="checkbox"/> Penicilina Benzatina |
| <input type="checkbox"/> Cefazolina | <input type="checkbox"/> Piperacilina/Tazobactam |
| <input type="checkbox"/> Ceftazidima | <input type="checkbox"/> Polimixina B |
| <input type="checkbox"/> Ceftriaxona | <input type="checkbox"/> Sulfamet/Trimetrop. |
| <input type="checkbox"/> Cefepime | <input type="checkbox"/> Teicoplanina |
| <input type="checkbox"/> Ciprofloxacino | <input type="checkbox"/> Tigeciclina |
| <input type="checkbox"/> Claritromicina | <input type="checkbox"/> Vancomicina |
| <input type="checkbox"/> Clindamicina | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |

ANTIFÚNGICOS

- Anfo B desoxicolato Fluconazol
- Anfo B lipossomal Miconazol

ANTIVIRAIS

- Aciclovir
- Ganciclovir

POSOLOGIA

- | | |
|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> IM SC | 1. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 7 dias |
| 2. <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> IM SC | 2. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 7 dias |
| 3. <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> IM SC | 3. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 7 dias |
| 4. <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> IM SC | 4. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 7 dias |

COLETADAS CULTURAS ANTES DO INÍCIO DO ANTIMICROBIANO?

- Hemoculturas Urocultura Cultura de Ferida Operatória Aspirado Traqueal
- Outros (Especificar): _____ Não Coletada

Agente isolado (especificar): _____

JUSTIFICATIVA DO(S) ANTIMICROBIANO(S) SOLICITADO(S)

MÉDICO SOLICITANTE	FARMÁCIA	CCIH
DATA	DATA / /	DATA / /

ANTIBIÓTICOS A SEREM LIBERADOS COM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DA CCIH

ATENÇÃO: A LIBERAÇÃO DE ANTIBIÓTICO PELA FARMÁCIA É CONDICIONADA AO PREENCHIMENTO DESTA IMPRESSO!

