

SOLICITUD DE USO DE ANTIMICROBIANOS

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE: _____ RUT _____

EDAD: _____ SERVICIO: _____ SALA/CAMA: _____ / _____

ANTECEDENTES MÉDICOS:

_____ TERAPIA EMPÍRICA	}	<ul style="list-style-type: none"> •DIAGNÓSTICO _____ •SOLICITUD DE CULTIVO: <ul style="list-style-type: none"> • HEMOCULTIVO _____ • ESPECTORACIÓN _____ • SECRECIÓN _____ • UROCULTIVO _____ • OTRO _____ •SIN SOLICITUD DE CULTIVOS, JUSTIFIQUE: _____
_____ TERAPIA ESPECÍFICA	}	<ul style="list-style-type: none"> •DIAGNÓSTICO _____ •MICROORGANISMO ENCONTRADO _____

ANTIMICROBIANOS SOLICITADOS:

NOMBRE PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	DÍAS DE TRATAMIENTO

**NOMBRE, FIRMA Y CÓDIGO
 MÉDICO SOLICITANTE**

FECHA: _____

