04

APTO./SUITE	LEITO	Nº DE REGISTRO	CATEGORIA	DATA

PACIENTE:_____ CLÍNICA:_____

Quantidade	PRESCRIÇÃO MÉDICA	DOSE	VIA	INTERVALO	HORA DA ADMINISTRAÇÃO
	DIETA:				
	CURATIVO:				

ANTIMICROBIANOS	DOSE	VIA	INTERVALO	DIA	

INFECÇÃO: ☐ COMUNITÁRIA ☐ HOSPITALAR | INDICAÇÃO: ☐ PROFILÁTICO ☐ TERAPÊUTIC

EVOLUÇÃO CLÍNICA / JUSTIFICATIVA DE ANTIBIÓTICOS

1ª VIA PRONTUÁRIO

2ª VIA FARMÁCIA