

N°

N°

HOSPITAL .....

Receta de Antibióticos de uso restringido

TRATAMIENTO

APELLIDO Y NOMBRE PACIENTE:

H.C.....

EMPÍRICO INICIAL

.....

FECHA \_\_/\_\_/\_\_

SALA.....

CAMA.....

FECHA \_\_/\_\_/\_\_

ANTIBIÓTICO

Estudio/s Bacteriológico/s en marcha

ANTIBIÓTICO:.....

Dosis.....

Intervalo.....

DIAGNÓSTICO

ANTIBIÓTICO:.....

Dosis.....

Intervalo.....

Entregada a:

Diagnóstico y justificación:.....

FIRMA PRESCRIPTOR

FIRMA JEFE

TRATAMIENTO

HOSPITAL .....

N°

Receta de Antibióticos de uso restringido

MANTENIDO

APELLIDO Y NOMBRE PACIENTE:

H.C.....

FECHA \_\_/\_\_/\_\_

SALA.....

CAMA.....

FECHA \_\_/\_\_/\_\_

ANTIBIÓTICO

Resultado/s Bacteriológico/s confirmado/s

Tiempo.....

ANTIBIÓTICO:.....

TIEMPO:.....

DIAGNÓSTICO

Dosis.....

Intervalo.....

ANTIBIÓTICO:.....

TIEMPO:.....

Entregada a:

Justificación: .....

FIRMA PRESCRIPTOR

FIRMA JEFE